

福島県がん対策推進計画 (第三期)



平成 30 年 3 月

福島県保健福祉部

目 次

I	総論	1
第1	計画改定にあたって	1
1	計画策定及び改定の経緯	1
2	計画改定の趣旨	3
3	計画の位置付け	4
4	本県におけるがんを取り巻く現状	5
第2	総合的施策推進方策	12
1	基本方針（計画改定及び計画推進の視点）	12
2	全体目標	13
3	計画の期間	14
4	施策体系	14
5	重点施策	15
第3	計画の推進体制等	17
1	計画の推進体制	17
2	計画推進にかかる関係者の役割	17
3	計画の進行管理及び評価等	18
II	各論（分野別施策）	19
第1	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	19
1	がんの一次予防	19
(1)	生活習慣について	20
(2)	感染症対策について	29
2	がんの早期発見及びがん検診（二次予防）	31
(1)	受診率向上対策について	31
(2)	がん検診の精度管理等について	35
第2	患者本位のがん医療の実現	40
1	手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の推進	40
2	がんのゲノム医療	42
3	がん医療の提供体制	42
4	がん患者とその家族のQOLの維持・向上	45
(1)	チーム医療の推進	45
(2)	がんのリハビリテーション	46
(3)	支持療法の推進	47
5	希少がん及び難治性がん対策	48
6	小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策	48
(1)	小児がん、AYA世代のがん対策について	48
(2)	高齢者のがん対策	50
7	病理診断	51
8	がん登録	51
9	医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組	53

第3	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	55
1	がんと診断された時からの緩和ケアの推進	55
	(1) 緩和ケアの提供及び緩和ケア研修会について	55
	(2) 普及啓発について	58
2	相談支援及び情報提供	58
3	社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	63
4	がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）	67
	(1) 就労支援について	67
	(2) 就労以外の社会的な問題について	68
5	ライフステージに応じた支援	68
	(1) 小児・AYA世代について	68
	(2) 高齢者について	71
第4	これらを支える基盤の整備	72
1	がん研究	72
2	人材育成	72
3	がん教育・がんに関する知識の普及啓発	75
	(1) がん教育	75
	(2) がんに関する知識の普及啓発	77
Ⅲ	資料編	78
1	平成27年 福島県の性・年齢（5歳階級）・主要死因（死因分類）別死亡数（人）	78
2	平成27年 福島県の年齢階級別主要死因別死亡割合（%）	79
3	福島県の主な死因別死亡率（人口10万対）の年次推移	79
4	平成27年 都道府県がん年齢調整死亡率（全がん 75歳未満）	80
5	がん主要部位別年齢調整死亡率（人口10万対）の推移	81
6	平成27年 福島県の性・年齢（5歳階級）・がん主要部位別死亡数	81
7	平成27年 福島県のがん部位別死亡割合（%）	83
8	福島県の人口及び高齢化率（%）の推移	83
9	生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究	83
10	喫煙率の推移	86
11	福島県の市町村が実施したがん検診（種別毎）受診率（%）の推移	86
12	平成28年がん検診受診率（全国：%） 参考値	86
13	福島県の要精密検査者の精密検査受診率（%）の推移	87
14	平成27年度地域別がん検診受診率（市町村実施分）	87
15	平成27年度がん検診受診率（年代別、5歳刻み）	87
16	福島県のがん診療連携拠点病院等一覧	88
17	東北がんプロフェッショナル養成プラン概要	88
18	福島県内の主な患者会、患者支援団体	89
19	病気の子どもや入院している子どもの教育に関する相談機関	89

I 総論

第1 計画改定にあたって

この計画は、がん対策基本法（以下「基本法」という。）第12条第1項の規定に基づき、福島県が策定するものです。

1 計画策定及び改定の経緯

がんは、日本全体では、昭和56年以来、死因の第1位であり、平成27(2015)年には37万人を超える方が、がんにより亡くなっています。本県でも、昭和59年以降、死因の第1位であり、平成28(2016)年には6千人を超える方が、がんにより亡くなっています。また、厚生労働省研究班によれば、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかるかと推計されています。このような現状から、依然として、がんは、国民・県民の生命や健康はもちろんのこと、家庭や地域にとっても大きな影響を及ぼす重要な問題となっています。

国においては、がん対策基本法が平成18(2006)年6月に成立し、平成19(2007)年4月から施行されました。また、同年6月には、がん対策の総合的な推進を図るため、第1期の「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定されました。

基本法では、「がん研究の推進及び研究等の成果の普及・活用・発展」、「地域にかかわらず科学的知見に基づく等しい適切ながん治療の享受」、「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」が、がん対策の基本理念として示されたほか、国、地方公共団体、医療保険者¹、医師等及び国民の責務が明らかにされるとともに、基本計画では基本法の基本理念の達成に向けて、「がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施」、「重点的に取り組むべき課題の選定と分野別施策の総合的かつ計画的な実施」が基本方針として定められました。

地方公共団体については、基本法において、「基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する」ことが規定されています。都道府県については、「基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画を策定しなければならない」と明記されました。それらを踏まえ、本県においては、平成20(2008)年3月に第1期（平成20(2008)年度～平成24(2012)年度「福島県がん対策推進計画」（以下「推進計画」という。）を策定し、県民、市町村、医療保険者、医療機関・医療従事

1 「医療保険者」とは、加入者等から負担金（保険料等）を集め、病気・怪我をしたとき医療費の一部をその集めた負担金から支払う保険事業を運営する事業主をいう。保険事業は、加入者の職種等により異なっており、市町村等が事業主として運営し、自営業者や農業従事者、無職の方が加入する「国民健康保険」、75歳以上の方、65歳から74歳で一定の障がいのある方が加入する「後期高齢者医療広域連合」、被用者（民間のサラリーマン等）が加入する、「健康保険組合」や「全国健康保険協会」がある。また、船員、国家公務員、地方公務員、私立学校教職員などを対象とした保険があり、それぞれに事業主が異なる。

者等との連携を密にしながら、がん検診の受診促進、がん診療連携拠点病院²（以下「拠点病院」という）の整備、緩和ケア提供体制の強化や地域がん登録の促進などの対策に取り組んできました。

平成 24 年 6 月に基本計画が改定され、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等に取り組むこととされました。これに合わせ本県では、第 2 期（平成 25(2013)年度～平成 29(2017)年度）の推進計画を平成 25 年 3 月に改定し、がん患者の就労などの対策も含めたがん対策に取り組んできました。

また、本県では平成 26(2014)年にごん対策推進基本法の趣旨を踏まえ、県民とともにがんの予防等に取り組みつつ、がん罹患しても安心して暮らせる社会の実現に向け、がん対策を総合的に推進することを目的とした「福島県がん対策の推進に関する条例」を制定しました。

さらに、平成 28(2016)年の基本法の一部改正により、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加されました。

このことから、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められ、国においては、平成 29(2017)年 10 月、第 2 期基本計画を見直し、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」を目標とした第 3 期（平成 29(2017)年度～34(2022)年度）基本計画に変更されました。

2 「がん診療連携拠点病院」とは、全国どこでも「質の高いがん医療」を確保するため、がん医療の均てん化を目標として、県が推薦し、国が指定する医療機関。がん診療連携拠点病院には、その役割等により、地域がん診療連携拠点病院^{※1}と都道府県がん診療連携拠点病院^{※2}の 2 種類がある。

※1 地域がん診療連携拠点病院とは、二次医療圏の中心的役割を担う病院として、二次医療圏に概ね 1 箇所程度整備されることになっており、チームによる緩和ケアを含む専門的ながん診療の実施や地域の医療機関と連携した医療の提供、院内がん登録及び相談支援センターの設置が必須となっており、地域住民に質の高い医療を提供している。

※2 都道府県がん診療連携拠点病院とは、都道府県のがん医療の中核的な病院で、高度ながん医療を提供するとともに、地域がん診療連携拠点病院等の医療従事者に対する研修や診療支援等を行う。

2 計画改定の趣旨

基本計画策定後、がん対策の一層の推進により、全国的に拠点病院の整備や緩和ケア提供体制の強化が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率³は減少傾向で推移するなど、一定の成果は得られました。しかしながら、国における平成19(2007)年度からの10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」については、達成することができませんでした。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されています。

今後、がんの年齢調整死亡率(75歳未満)を着実に低下させていくためには、がんにかかるとして国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要です。また、がんにかかった場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていく必要があります。

また、新たな課題として、がんの種類、世代、就労などの患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援が十分ではないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が、改善されていないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA(Adolescent and Young Adult)世代(思春期世代と若年成人世代)のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなりました。

このような認識の下、国においては、基本法第10条第7項の規定に基づき、第2期の基本計画の見直しが行われ、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標にがん対策の推進に関する、今後の具体的な目標等が明らかにされたところであります。

本県においても、がんは死因の第1位を占め、全国と同様の課題を抱えています。それに加え、震災以降生活環境の変化と相まってメタボリックシンドローム該当者の割合が年々増加するなど、がんを含む生活習慣病発症のリスクが高まっています。県民の健康に関する指標の悪化が一層顕在化しています。

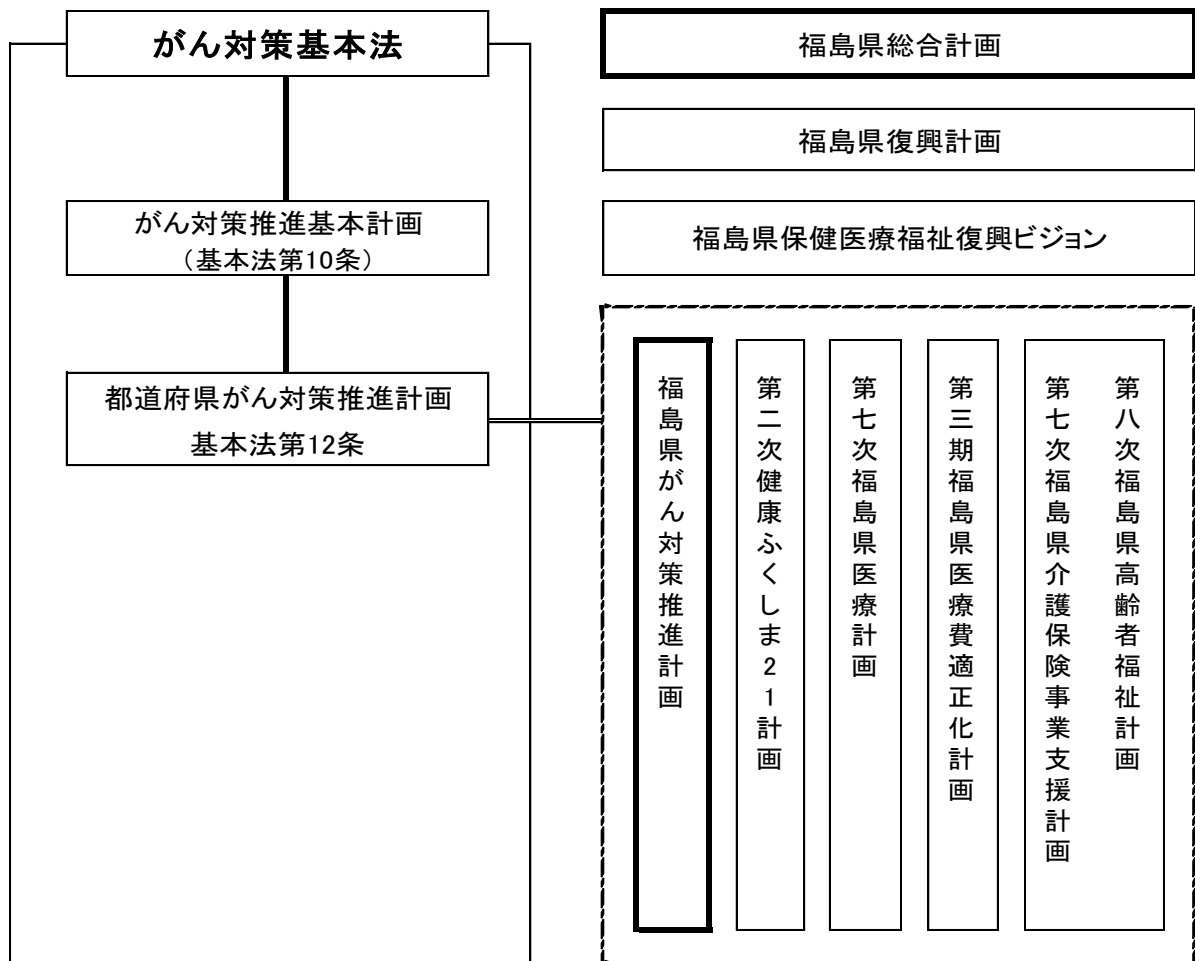
そこで、県内の地方公共団体、患者を含めた県民、医療従事者、医療保険者、大学・学術研究機関及び医師会・患者団体等を含めた関係団体、福島県が一体となり、「がんを知り、がんを予防し、がんになっても尊厳を保ち自分らしく安心して生きることのできる社会の実現」を目指し、基本法第12条第3項の規定に基づき、推進計画を改定することとしました。

3 「年齢調整死亡率」とは、高齢者ほど、死亡率が高くなることから、単純な死亡率(対象疾病死亡数÷対象地域の人口)では、異なった年齢構成をもった地域同士を比較することはできないため、年齢構成を調整して算出した値。対象疾病における、対象地域の年齢階級別の死亡率に、標準となる人口集団(基準人口集団:昭和60年モデル人口)の年齢階級別の人口を乗じて出した各年齢階級別の死亡数の総和を基準人口集団の総数で割ることにより導き出した死亡率である。

3 計画の位置付け

本計画は、医療計画⁴(第七次福島県医療計画)、健康増進計画⁵(第二次健康ふくしま21計画(以下「21計画」という。))、介護保険事業支援計画⁶(第七次福島県介護保険事業支援計画)その他の保健、医療又は福祉に関する事項を定める計画等と調和を保ちながら、本県のがん発症予防から終末期ケア⁷までの総合的がん対策を推進するための基本的な指針であり、基本法第12条第1項に規定する都道府県計画です。

図1 福島県がん対策推進計画の法的位置付けと県の他計画との関連図



4 「医療計画」とは、医療法第30条の4第1項の規定により、都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定される計画。

5 「健康増進計画」とは、健康増進法第8条第1項の規定により、都道府県住民の健康増進の推進に関する施策について定めた計画をいう。健康ふくしま21計画が、本県の健康増進計画。

6 「介護保険支援事業計画」とは、介護保険法第118条第1項の規定により、地方自治体が策定する介護保険の保険給付を円滑に実施するための計画。

7 「終末期ケア」とは、治療不可能な病気に冒され、回復の見込みがない患者が病床に就いてから死を迎えるまでの、お世話、介護、看護など身体的、精神・心理的な援助等であり、身体的苦痛や死への恐怖を和らげるほか、患者の人間の尊厳性を尊重し、残された人生を充実させるような援助等のこと。

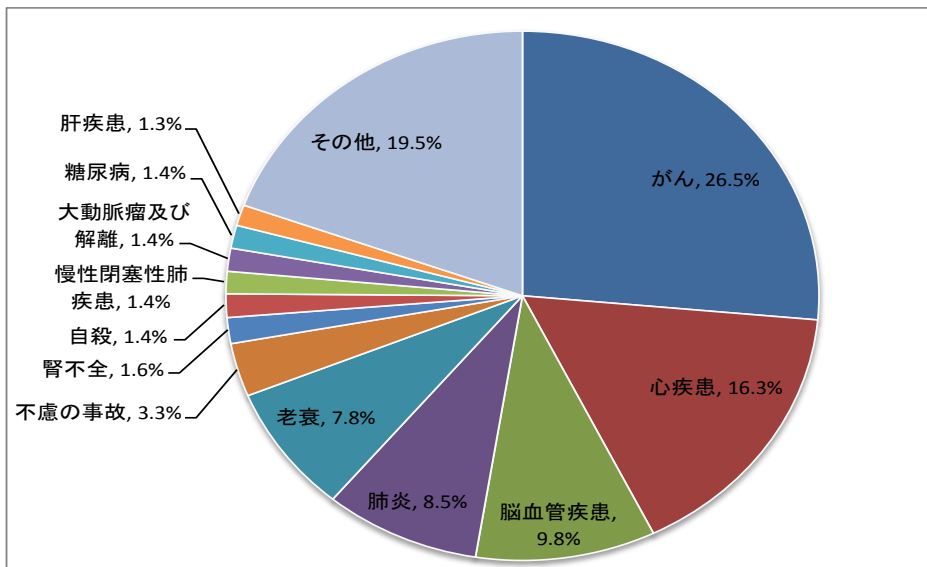
4 本県におけるがんを取り巻く現状

(1) 死亡の動向

本県の死因別死亡率⁸（人口10万対）の推移を見ると、昭和35年以降、がん、脳血管疾患、心疾患等のいわゆる生活習慣病が上位を占めています。

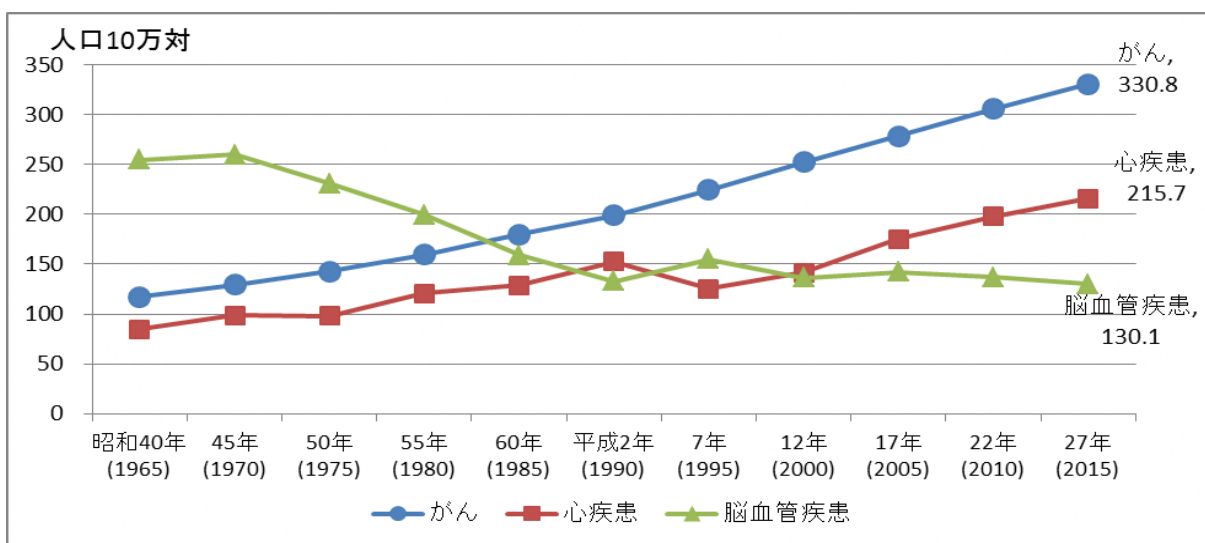
がんは、昭和59(1984)年に脳血管疾患による死亡を抜き死因の第1位となり、その後も死亡率は上昇し続け、平成28(2016)年では339.2（人口10万対）で、死因総数の26.5%を占める6,415人（男性3,700人、女性2,715人）が、がんにより死亡しています。

図2 福島県の原因別死亡割合(%) [平成28(2016)年]



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図3 福島県の主な死因別死亡率（人口10万対）の年次推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

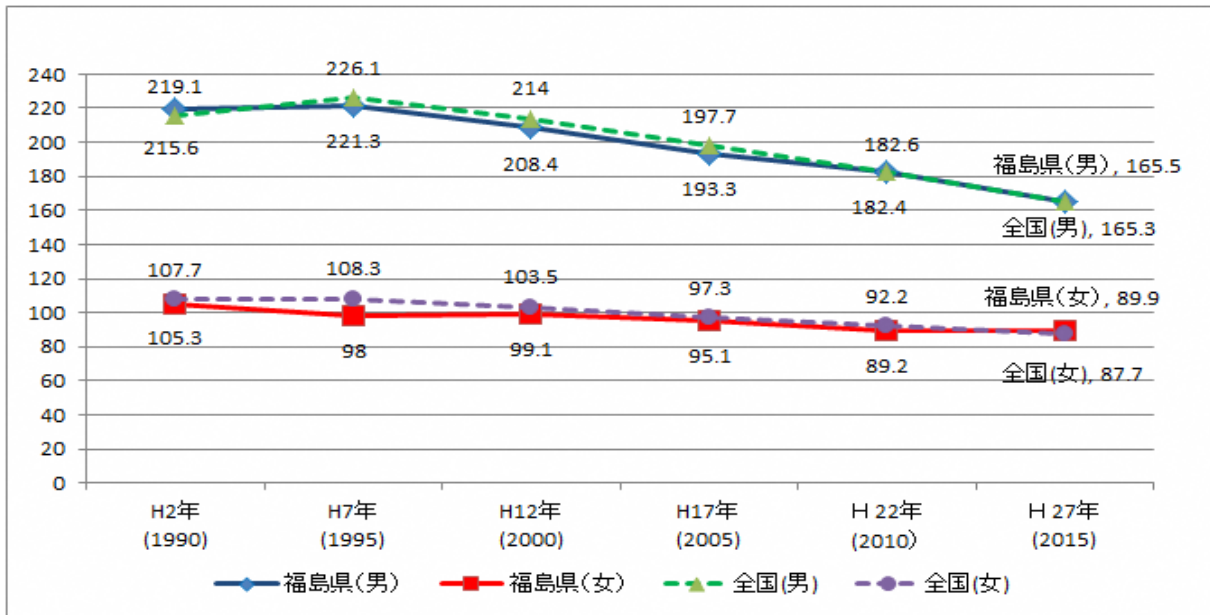
8 「死亡率」とは、対象の地域において、1年のうちに対象の疾病で亡くなった人の総数を、対象地域の人口で除したものである。通常10万を乗じて、人口10万対で表す。

(2) がん年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移

本県のがん年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、平成 7（1995）年以後全国と同様に減少傾向を示しています。平成 27（2015）年のがんの年齢調整死亡率（人口 10 万対、以下同じ。）は、男性 165.5（全国 165.3）、女性 89.9（全国 87.7）となっており、男性は全国第 29 位、女性は同第 38 位といずれも全国平均を上回っています。

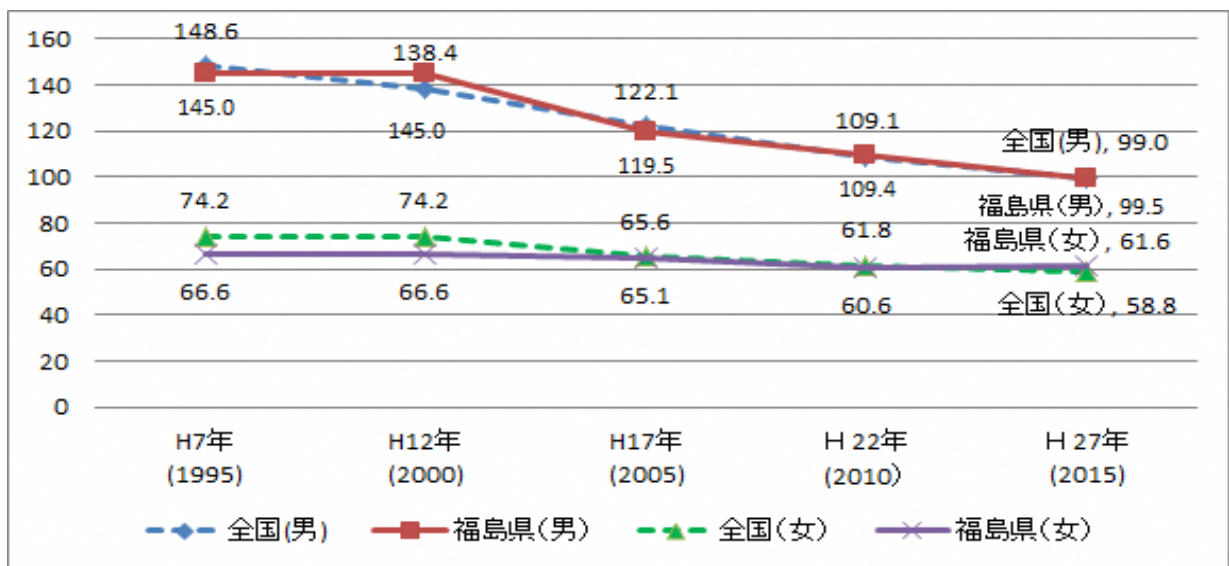
75 歳未満では、男女計 80.3（全国 78.0）、男性 99.5（全国 99.0）、女性 61.6（全国 58.8）で、いずれも全国平均を上回っています。

図 4 がん年齢調整死亡率 [全年齢]（人口 10 万対）の年次推移



資料：人口動態統計 都道府県別年齢調整別死亡率(厚生労働省)

図 5 がん年齢調整死亡率 [75 歳未満]（人口 10 万対）の年次推移

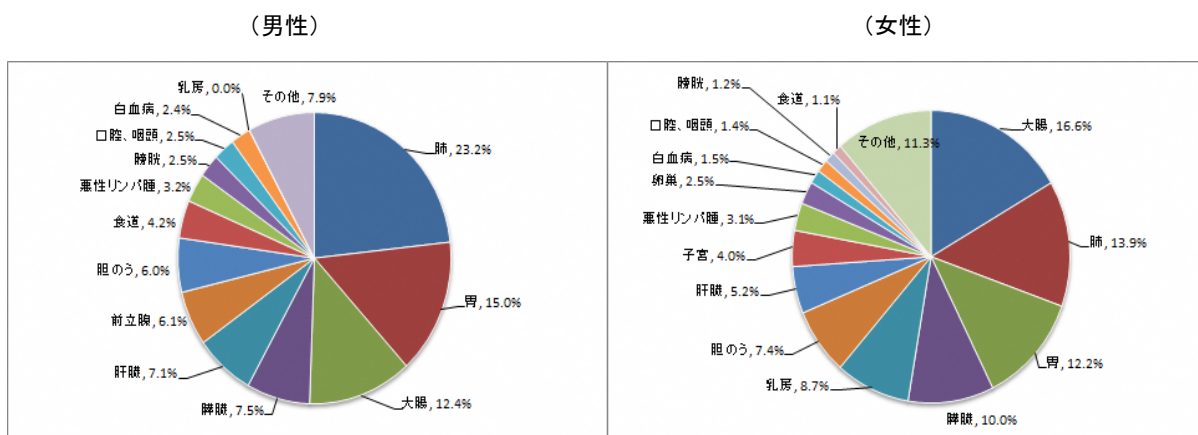


資料：人口動態統計（厚生労働省）を基に国立がんセンターが算出

(3) がんの部位別死亡割合

本県におけるがんの部位別死亡割合⁹（平成 28（2016）年のがん総死亡数に占める割合）を男女別に見た場合、男性は肺が最も多く、次いで胃、大腸の順、女性は、大腸が最も多く、次いで肺、胃の順となっています。なお、5大がん¹⁰の1つとされている肝臓の死亡割合は、男性では5番目、女性では7番目となっており、乳房は女性の5番目になっています。また、全国的に増加傾向にある前立腺は、男性では、6番目に多くなっています。

図 6 福島県のがん部位別死亡割合（%） [平成 28(2016)年]



資料：人口動態統計（厚生労働省）

(4) 主要部位別死亡率の推移

本県のがんの主要部位別年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移を見ると、男性では、胃、肝臓、肺で減少傾向にあり、大腸と前立腺は、横ばい傾向を示しています。

女性では、胃、肝臓で減少傾向を示していますが、乳房、大腸、肺は横ばい傾向、子宮は増加傾向を示しています。

また、全国と比較した場合、概ね全国と同様の推移を示していますが、平成 27（2015）年では男性は、胃が 23.8（全国 22.9、第 31 位¹¹）、大腸が 23.8（全国 21.0、第 43 位）、前立腺が 8.6（全国 7.0、第 45 位）と高くなっています。

一方、女性は、肺が 12.1（全国 11.1、第 42 位）、と高くなっています。

なお、肝臓は全国と比較して、男性が 11.8（全国 14.5、第 8 位）、女性が 4.0（全国 4.6、第 10 位）と低くなっています。

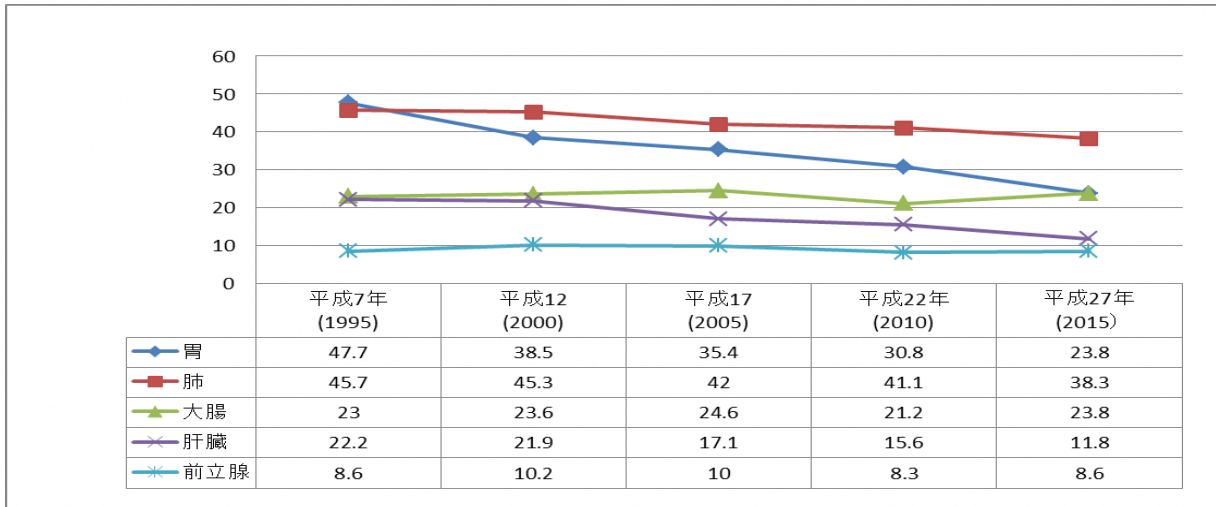
9 「死亡割合」とは、対象の地域において、1年のうちに対象の疾病で亡くなった人の総数を、年間総死亡数で除したものである。単位は%である。

10 「5大がん」日本人に発症が多いとされている、肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がんをさしている。

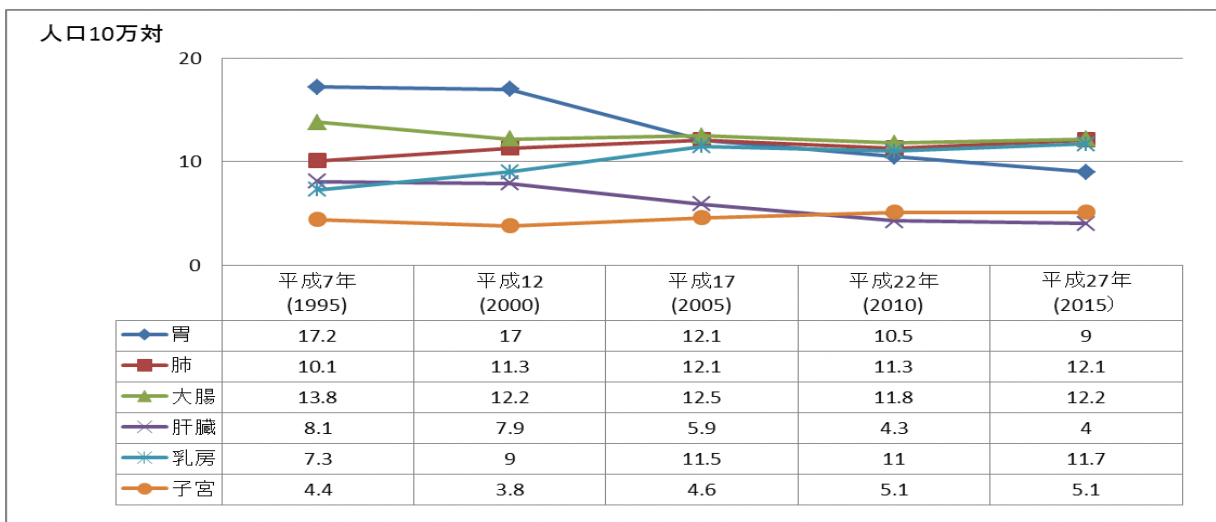
11 全国順位は、死亡率が低い順の順位である。

図7 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率(人口10万対)の推移

(男性)

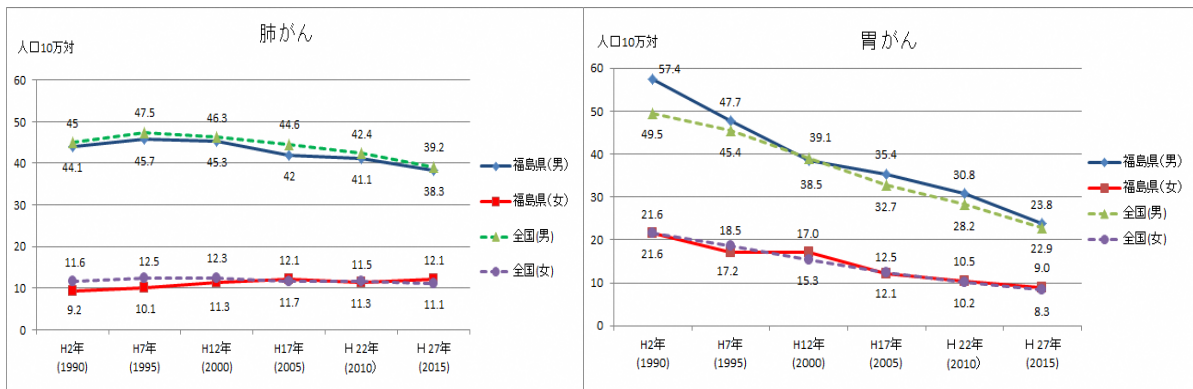


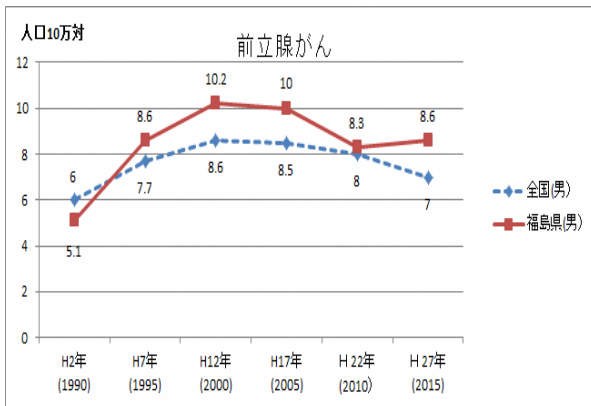
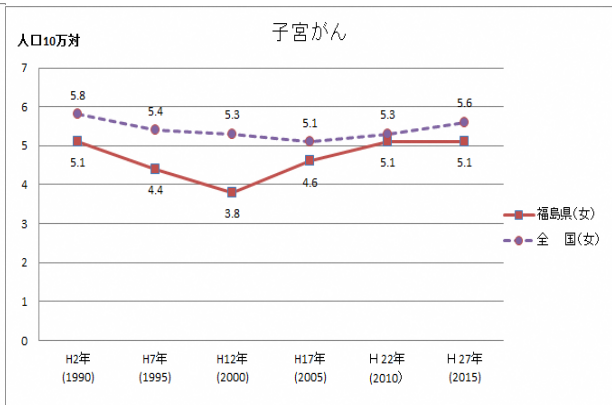
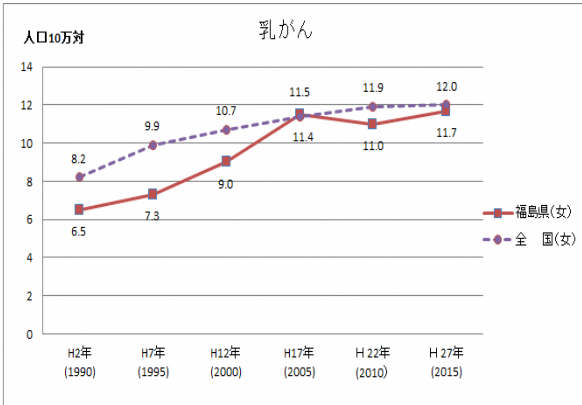
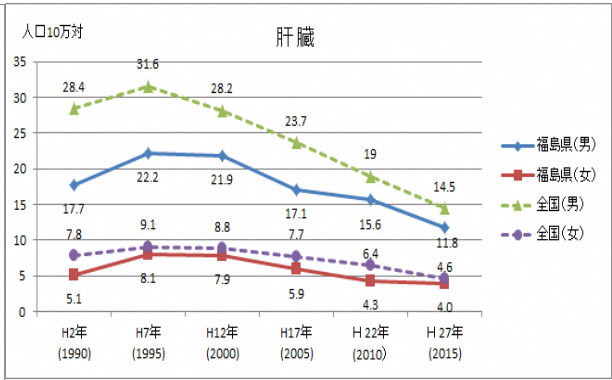
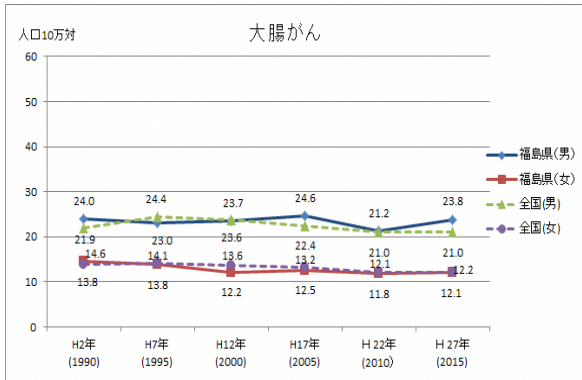
(女性)



資料:都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

図8 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率(人口10万対)の推移(全国との比較)





資料: 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

(4) 人口及び高齢化率の推移

本県の人口は、近年減少傾向を示しており、平成 27(2015)年は、1,914,039 人になっています。一方、高齢化率は年々上昇しており、平成 27(2015)年は 65 歳以上で 28.7% (全国 26.6%)、75 歳以上で 15.0% (全国 12.8%) と、全国と比較しても高くなっています。

団塊の世代が後期高齢者(75 歳以上)になる 2025 年には、本県の高齢化率(65 歳以上)は 34.5%、年少人口は 11.6%になると推計されています。

がんは加齢により発症リスクが高まり、高齢化の進行とともに、その死亡者数はさらに増加していくと考えられており、全国と比較して高齢化率が高い本県においては、がんによる死亡数の増加も懸念されます。

図 9 福島県の人口の推移

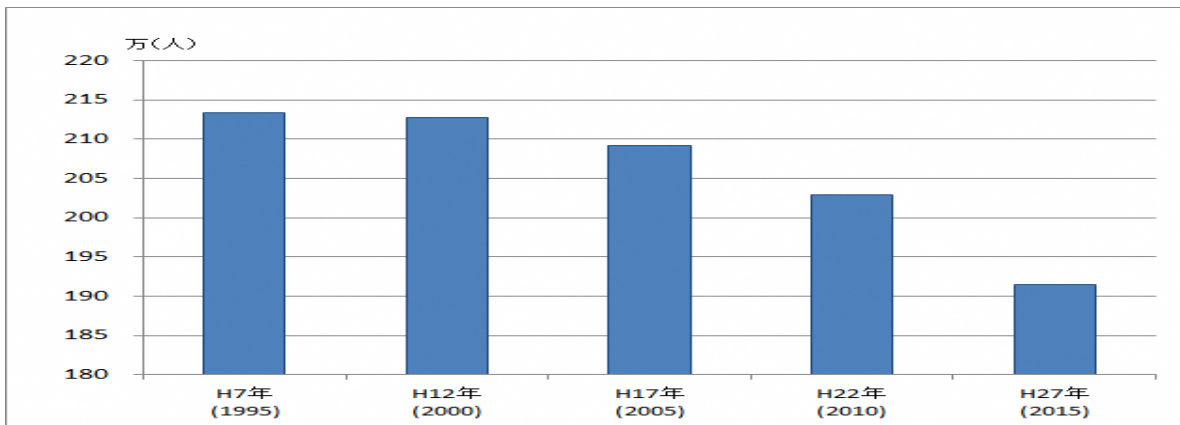
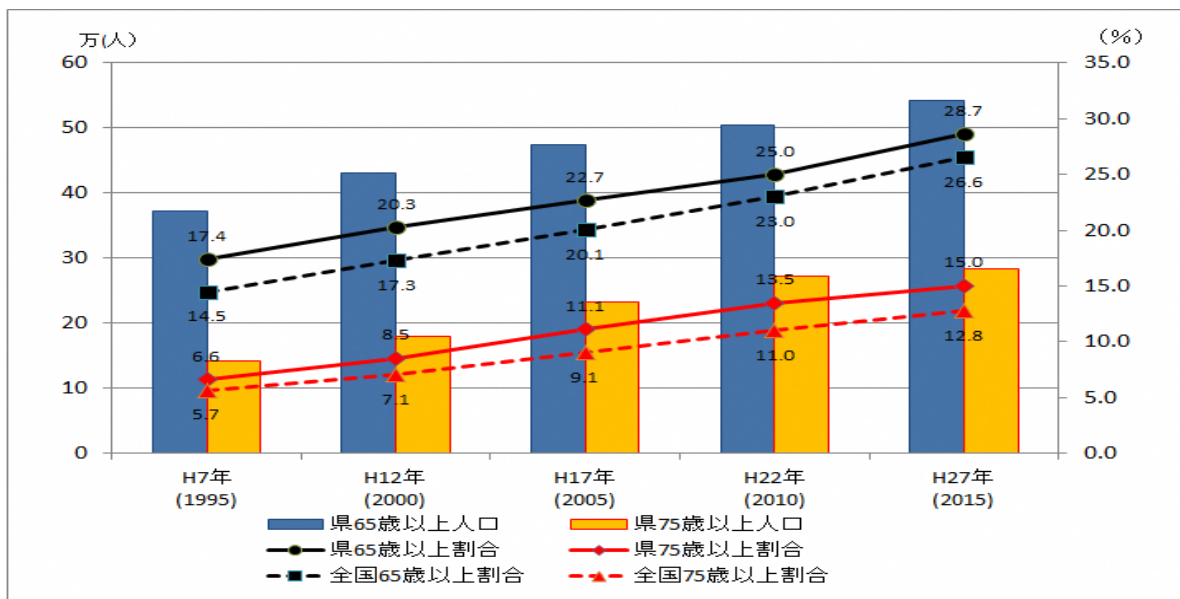


図 10 福島県の高齢者人口及び割合の推移



※資料：国勢調査

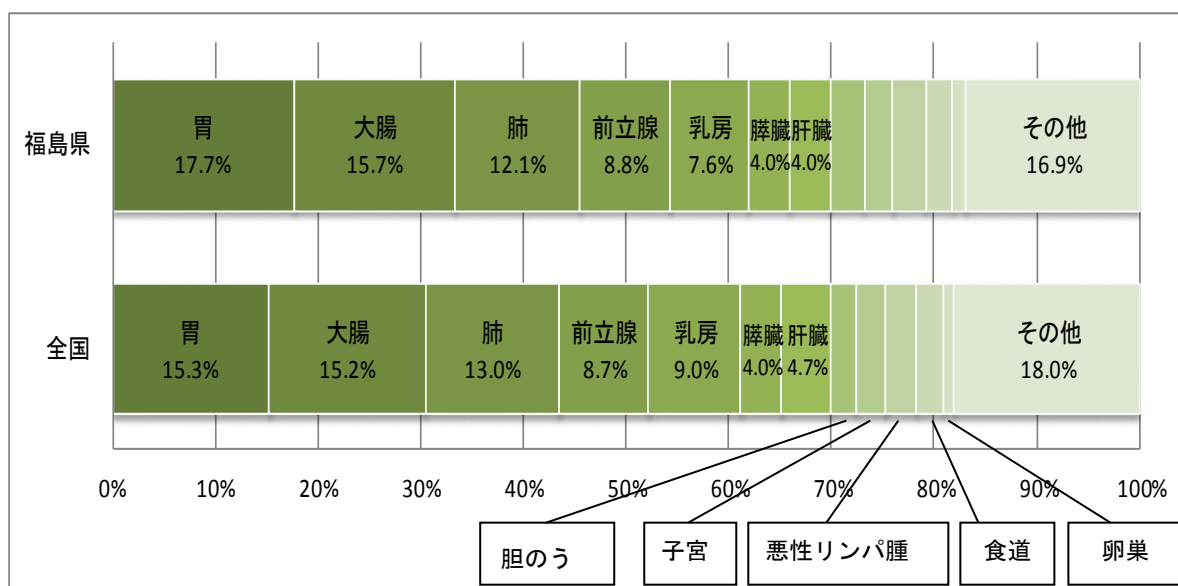
(5) がんの罹患数

国立がん研究センターの地域がん登録¹²全国推計によると、平成 25 (2013) 年の総罹患数は 862,452 人で、男性 498,720 人、女性 363,732 人となっています。

地域がん登録における平成 25 (2013) 年の本県の罹患数 (1 年間に新たに診断されたがん患者) は、13,696 人で、男性が 8,031 人、女性が 5,665 人となっています。

部位別罹患割合の主な上位は、胃 (17.7%)、大腸 (15.7%)、肺 (12.1%)、前立腺 (8.8%)、乳房 (7.6%)、膵臓 (4.0%)、肝臓 (4.0%) となっています。

図 11 がんの部位別罹患割合 (福島県・全国)



資料 福島県数値：2013 年全国がん罹患モニタリング集計 (国立がん研究センター)
 全国値：2013 年全国がん罹患モニタリング集計 (国立がん研究センター)

12 地域がん登録とは、がんの罹患 (病気にかかること) や転帰 (最終的にどうなったか) という状況を登録・把握し、分析する仕組みであり、がんの患者数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを把握するために必要なもの。

※本県では、平成 20 (2008) 年以降のがんに関する罹患情報を収集。医療機関の任意の協力により情報を収集しているものであるため、県内がん患者の全数調査ではない。

第2 総合的施策推進方策

1 基本方針（計画改定及び計画推進の視点）

本計画では、基本法の基本理念及び基本計画の基本方針等にとり、本県におけるがん対策のための基本方針を次のとおり設定します。

(1) がん患者を含めた県民の視点に立ったがん対策の実施

がん対策が効果的に行われるためには、医療技術等の進歩・拡充に加えて、医療を享受する患者の疼痛等身体的苦痛や、がんと診断された時からの不安や抑うつ等精神的苦痛を理解し、また、安心・納得できる医療を十分に受けられなかった等の体験を生かした施策が重要です。本県としても、「がん患者を含めた県民の視点」に立った施策を実施します。

(2) 本県における重点課題等に応じた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がん対策は、がん発症予防から終末期ケアまでの多岐に渡る分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がありますが、本県のがん対策をさらに実効性あるものとするため、必要性や効果の高いと考えられる取組に重点を置いた施策を実施します。

(3) 目標とその達成時期の考え方

計画では、これまでのがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な具体的な取組の個別目標を設定します。また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定します。

(4) 東日本大震災の影響に配慮したがん対策の実施

平成 23(2011)年 3 月 11 日に発生した東日本大震災及び原子力災害に伴い、生活環境や生活習慣が変化したことなどにより、健康指標の更なる悪化が見られ、がんを含む生活習慣病発症のリスクの増大が懸念されています。県民の健康づくりを支援する上で重要な検診の受診環境の体制整備や健康不安解消など震災の影響に配慮した対策を実施します。

2 全体目標

多岐の分野に渡るがん対策については、各分野における関係者の理解のもとに共通の目標設定が有効であることから、本県においても、長期的視点に立った総合的がん対策としての全体目標等とその達成のために要する期間を次のとおり設定します。

- (1) 全体目標等の対象期間
今後6年間（平成35(2023年)年度まで）の目標とします。
- (2) 全体目標・目標値

がんを知り、がんを予防し、がんになっても尊厳を保ち自分らしく安心して生きることのできる社会の実現

項目	現状(値) (H27(2015)年)	目標(値) (H35(2023)年)
がんの年齢調整死亡率を減少させる (全がん・男女計・75歳未満)	80.3 (人口10万対)	68.8 ¹³ (人口10万対)

ア 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんを知り、がんを予防する

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、科学的根拠に基づいたがん施策を実施し、がんの早期発見・早期治療を推進することにより、「がんによる死亡者の減少」の実現を目標とします。

イ 患者本位のがん医療の実現

適切な医療を受けられる体制を充実させる

がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療提供体制を目指し、「患者本位のがん医療の実現」を目標とします。

ウ 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する

がん患者が住み慣れた地域社会で生活していく中で、必要な支援を受けることができる環境の整備を行い、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支

13 目標値設定の考え方：2005年～2015年までの全国の年齢調整死亡率（人口10万対）の対前年比の平均減少値（1.44/年）をもとに現状（2015年）から目標年（2023年）までの8年間の減少値を11.52として目標値を設定。現状値からの目標値の減少割合は-14.3%

援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」の実現を目標とします。

3 計画の期間

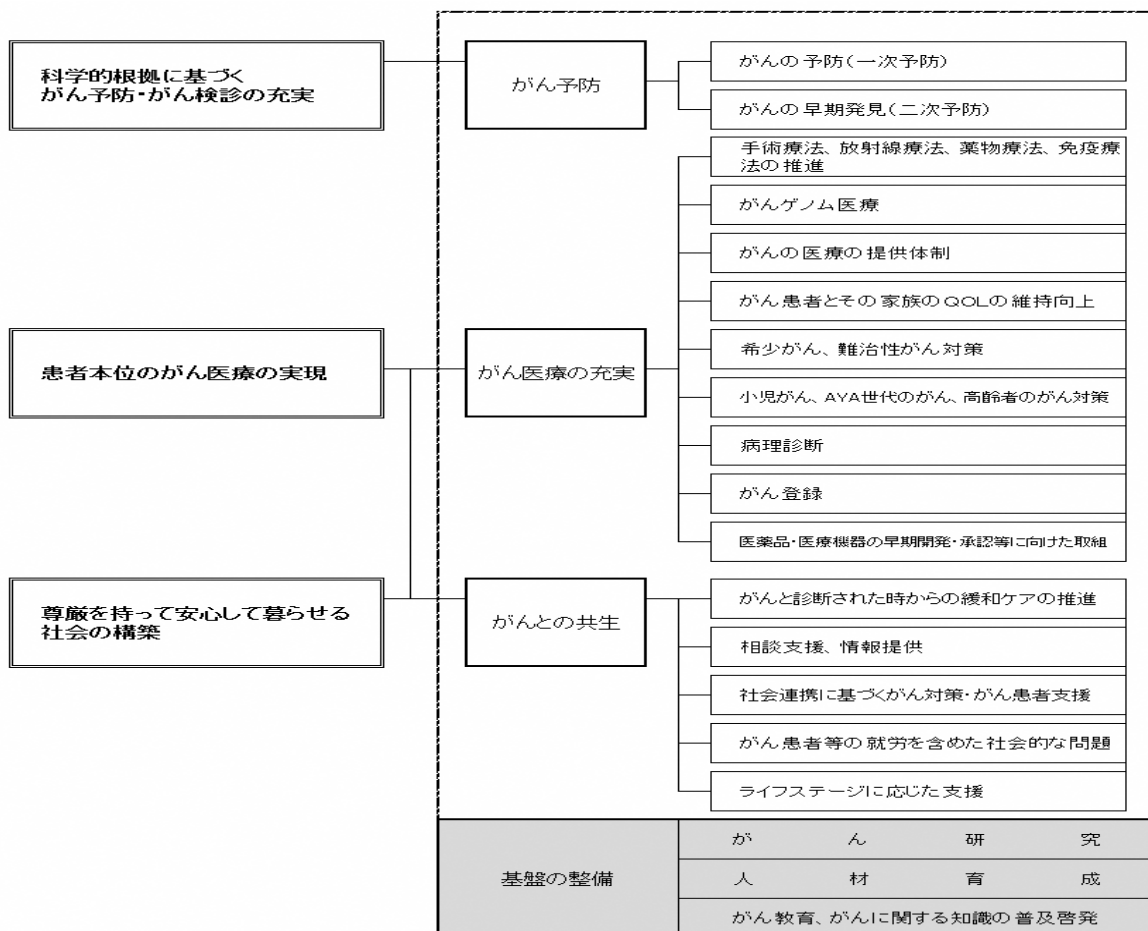
本計画の期間は、平成 30(2018)年度を初年度として 35 年(2023)年度までの 6 年間とします。

本県のがん対策は、長期的視野に立った全体目標の達成を目指し、期間を 6 年間とした本計画により、分野別の取組を県の重点課題等に応じて総合的かつ計画的に実施していきます。

4 施策体系

本計画の全体目標である「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」、「患者本位のがん医療の実現」「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」の達成に向けて、主要施策の体系を次のとおりとします。

図 12 施策の体系



5 重点施策

本県のがん対策を実効性あるものとするために、重点的に取組む施策を次のとおりとします。

(1) がんの予防および早期発見の推進

がん対策は、第一に「がんにかからないこと、重症化させないこと」が重要となります。県民の皆さんが、生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんの予防に関する正しい知識を習得し、生活習慣の改善に努め、がんの早期発見のため積極的にがん検診を受診することが必要です。

本県としても、喫煙をはじめとする生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんの予防に関する正しい知識の普及・啓発に努めるとともに、がん検診の受診率の向上及び質の向上を図ります。

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の推進

医療技術水準の地域間の格差を解消し、どの地域においてもがん患者が望む医療を安心して受けられるようにするために、本県としても、手術療法や放射線療法¹⁴及び薬物療法¹⁵の推進を図ってきましたが、今後は、さらにこれらに科学的根拠を有する免疫療法¹⁶を加え、これらを効果的に組み合わせた集学的治療の提供体制の整備を進めます。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進していきます。

(3) 緩和ケアの充実

がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるように、疼痛など身体的苦痛のコントロールのためだけでなく、がん患者やその家族が抱える様々な恐怖や不安に対する精神的なサポートを含めた全人的な緩和ケア¹⁷が、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、切れ目なく適切に実施される必要があります。質の高い緩和ケアを実施していくため、本県としても、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者の育成を進めます。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩

14 「放射線療法」とは、放射線を照射して、がんの細胞分裂を抑え、または、がん細胞を破壊する治療法。

15 「薬物療法」とは、薬を使う治療のこと。がんの場合は、抗がん剤、ホルモン剤、免疫賦活剤（めんえきふかつざい：免疫力を高める薬剤）等を使う化学療法がこれに相当する。症状を和らげるための薬剤、鎮痛剤、制吐剤も薬物療法の1つ。

16 「免疫療法」とは、体の免疫を強めることにより、がん細胞を排除する治療法

17 「緩和ケア」とは、身体症状の緩和や精神的な問題への援助など全般のことであり、現在では、患者やその家族に対して、疾患の早期からの痛みなどの身体的問題、がんに対する恐怖など精神心理的な問題に対して適切な評価を行うことで、それらが障害とならないように予防したり、対処したりする積極的で全人的な援助等のこと。

和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図ります。

(4) ライフステージ¹⁸に応じたがん対策の充実

小児については、がんは病死原因の第1位となっています。このため医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要です。

AYA世代¹⁹のがんは、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではありません。また、心理的・社会的状況も様々であるため、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備を推進します。

また、がんは40代より死因の第1位となり、高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題です。働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及びます。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりを目指します。

(5) 医療従事者の育成

本県では、医師数が不足していることに加え、地域によって、がん医療を担う医療機関等やがん診療に関連した専門医等の偏在があります。そのため、医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく環境の整備が必要です。

また、薬剤師、診療放射線技師、看護師等専門的な知識・技能を有した医療従事者の育成により、医師及び医療従事者が一体となって効果的な治療にあたる体制を構築していきます。

18 「ライフステージ」とは、人間の発達段階を、独特の特徴が現れるいくつかの区切りをもってとらえるもので、一般には、胎生期（受精～誕生）、乳児期（誕生～1歳）、幼児期（1歳～6歳）、児童期（6歳～12歳）、青年期（12歳～22歳）、成人期（22歳～65歳）、老齢期（65歳以上）のように区分している。

19 「AYA（Adolescent and Young Adult）世代」とは、思春期世代と若年成人世代のこと。

第3 計画の推進体制等

1 計画の推進体制

本計画を実行あるものとし、本県のがん対策を総合的かつ計画的に展開していくためには、国の基本理念にのっとり、国との連携を図りつつ、がん患者・家族及び患者団体を含む県民、市町村、医療保険者、医療機関・医療従事者、大学・学術研究機関、医師会等の関係者及び県が各々の立場からの役割を果たすとともに、相互の連携を強化することにより、本県が一体となったがん対策を推進します。

2 計画推進にかかる関係者の役割

基本法においては、国及び地方公共団体に加え、医療保険者、国民及び医師等それぞれに対して、がん対策に関し求められる責務が規定されています。

本県が一体となりがん対策を推進していくために、それぞれに求められている役割は以下のとおりです。

(1) 県民

喫煙、飲酒、食事、運動、その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんの予防に関する正しい知識の習得と生活習慣の改善に努め、積極的にがん検診を受診すること。

(2) がん患者・家族及び患者団体等

医療従事者との情報の共有により相互信頼関係の構築を図り、行政機関等が実施する、がん医療体制整備や評価のための議論への参加・助言を行い、治験²⁰及び臨床研究²¹の意義を理解し参加すること。

(3) 医療保険者（事業者、市町村、健康保険組合等）

労働関係者等と連携し、従業員等の生活習慣の改善及びがん検診の受診等、がん予防行動を実践するための積極的な支援・協力を行うこと。

(4) 医療機関等

がん患者の置かれている状況を深く認識し、自ら又は連携し良質かつ適切な医療等を提供するとともに、がん患者及びその家族のがんに対する不安や疑問の解消に向けた適切な対応をとるための環境整備を行うこと。

(5) 医療従事者等

がん患者の置かれている状況を深く認識し、自ら適切にがん医療等に関する知識・技術を習得し提供するとともに、がん患者及びその家族のがんに対する不安

20 「治験」とは、患者の同意のもと、開発中の医薬品の効果や副作用等に関する科学的データの収集を目的とした、実際の医療現場や診療行為（臨床）における試験的投薬のこと。

21 「臨床研究」とは、患者の同意のもと、開発中の治療方法や医薬品の効果や副作用等に関する科学的データの収集を目的とした、実際の医療現場や診療行為（臨床）における試験的な治療等のこと。

や疑問の解消に向けた適切な対応を行うこと。

(6) 大学・学術研究機関、医師会等

がん専門医療従事者の育成や緩和ケアを体系化した教育・研修等を行い、医療技術等水準の向上を図ること。

(7) 検診機関（医療機関（医師会等）を含む）

質の高い検診等を提供できるよう、精度管理の向上や効果的な検診手法の導入に努めるとともに、がんに関する知識の普及、検診受診率向上及びがん予防のための啓発を行うこと。

また、県民の受診機会の拡大など、検診を受診しやすい環境づくりに向けた支援、協力を行うこと。

(8) 市町村

がん検診の継続的实施と精度管理向上等に努めるとともに、住民が生活習慣の改善及びがん検診の受診等、がん予防行動を実践するための積極的な支援・協力をを行うこと。

(9) 県

本県のがん対策の総合的かつ計画的な推進に努め、関連機関等の連携交流を強化するための調整を行うとともに、関連機関等に対する専門的・技術的な支援を行うこと。

(10) その他、地域全体

喫煙、飲酒、食事、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんの予防に関する正しい知識の普及や、がん患者・家族及び患者団体等に対する支援を行うこと。

3 計画の進行管理及び評価等

本県では、がんに対する「予防」「早期発見」「医療」「療養支援」の各分野に関して、それぞれの学識経験者、医療関係者、関係団体及び県民（がん患者等を含む）から構成される福島県がん対策推進協議会において、計画の進行管理及び評価等を実施します。

県はがん対策の推進に当たり、本計画の個別施策及び全体目標の達成状況を把握し、進行管理を行うとともに、これら協議会に諮りながらがん対策の効果に関する評価を行います。

この評価を基に、必要がある場合は計画期間が終了する前であっても、本計画の修正、見直しを行っていきます。

II 各論（分野別施策）

第1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防する～

がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの約40%は予防できるため、がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる」²²とされています。より積極的にがん予防を進めていくことによって、がんの発生を防ぐことは重要です。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（一次予防）、県民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（二次予防）の促進を図る取組を進めることによって、がんの罹患者や死亡者の減少を実現します。

1 がんの一次予防

がんは、人間のからだの細胞の中に数多くある遺伝子のうち、いくつかは傷つき、何年もかかってその数が増え、正常な細胞が悪性な細胞に変わり発症することが知られています。

この遺伝子を傷つける要因には、喫煙・飲酒・食事・運動その他の生活習慣が大きく関連しており、加えてウイルスや細菌の感染、遺伝、環境汚染などがあります。

がん対策において一次予防は重要であり、がんによる死亡者の減少につながります。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等、様々なものがあります。

がん予防を進めるためには、リスク因子となっているこれらの生活習慣の改善や肝炎ウイルス等の感染予防や感染症の早期発見・治療に取り組む必要があります。がん予防に関する正しい知識を普及するとともに、生活習慣改善のための環境を整えること、また若い世代からがんについて正しく理解し、よい生活習慣を身に付けるようにすることが重要です。

県では、21計画において、がん予防を含めた生活習慣改善のため正しい知識の普及・啓発等に努めていますが、本計画では、国の基本計画にのっとり、また、21計画と調和を図りながら、がんの発症予防において優先的に取り組む項目等を次のとおり設定します。

22 「Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes:Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.」より引用

(1) 生活習慣について

(ア) 喫煙

【現状】

喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立していません。喫煙によって、肺がんをはじめとするがんや呼吸器疾患（COPD²³（慢性閉塞性肺疾患））、糖尿病、周産期の異常等の病気にかかるリスクが高まり、特に喫煙は肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっており、がんにも最も寄与する因子でもあります。

また受動喫煙²⁴など短期間の少量取り込み（曝露）によっても、肺がんなどにかかるリスクが高まります。平成28（2016）年に「喫煙の健康影響に関する検討会報告書²⁵」の中では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが3割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになりました。また、同報告書においては、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えるとの推計がなされております。喫煙や受動喫煙を防ぐことは、がん予防の観点から重要です。

本県の成人の喫煙率²⁶は、平成19（2007）年（26.9%）から平成28（2016）年（22.3%）の10年間で4.6%減少しました。しかし、平成28（2016）年の喫煙率は全体22.3%、男性34.4%、女性10.8%となっており、全国平均（全体19.8%、男性31.1%、女性9.5%）より高くなっています。また、第2期推進計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、成人の喫煙率を12%に減少させる」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準にあり、喫煙率減少のための更なる取組が求められています。

受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成15（2003）年に施行された健康増進法に基づき行われてきました。平成28（2016）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、受動喫煙の機会を有する者の割合は全国値で飲食店42.2%、行政機関8.0%、医療機関6.2%となっています。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成27（2015）年6月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が事業者の努力義務となりましたが、平成28（2016）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は全国値30.9%となっています。

23 「COPD（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：慢性閉塞性肺疾患）」とは、主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患である。咳、痰、息切れを主訴として緩やかに呼吸障がい進行するもので、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称された疾患が含まれている。

24 「受動喫煙」とは、室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること。

25 厚生労働省健康局長の下に、有識者からなる「喫煙の健康影響に関する検討会」を設置し、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめたもの

26 平成28（2015）年「国民生活基礎調査」の調査結果。

【これまでの取組内容】

- たばこの健康影響に関し、ホームページ等多様な広報媒体による情報発信を行いました。
- 喫煙者に対する禁煙を促す情報提供、禁煙希望者に対する禁煙支援の実施、禁煙指導者の育成を行いました。
- 未成年者の喫煙防止対策として喫煙防止教育、関係者の研修等を実施しました。
- 官公庁や医療機関を始め事業所や飲食店に対する受動喫煙防止研修会の開催等、受動喫煙防止対策の促進に向けた支援を行いました。
- 施設内全面禁煙施設を認証する「空気のきれいな施設」認証制度を創設し、受動喫煙のない環境づくりに努めました。

【取組による成果】

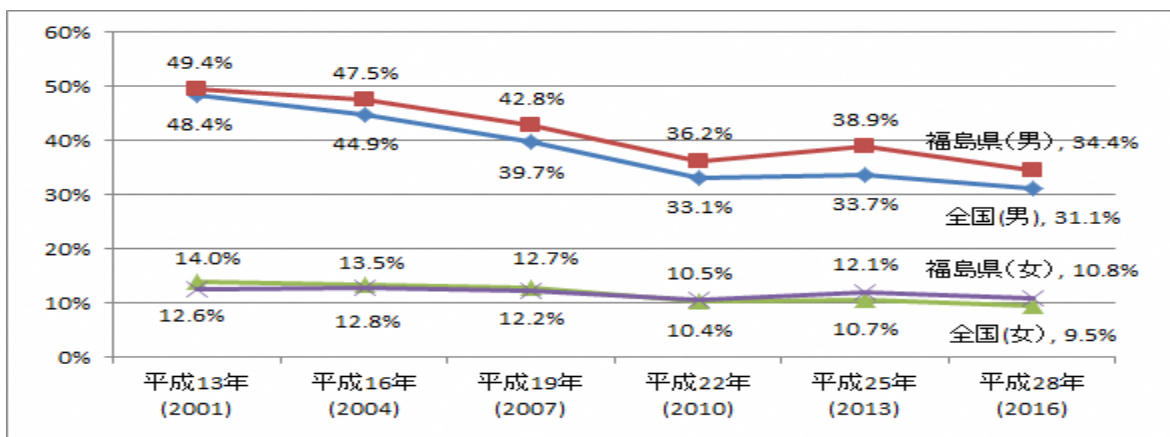
項 目		H21(2009)年 (値)	現状(値) H28(2016)年	目標(値) H29(2017)年
成人の喫煙率を減少させる	男性	35.3% ^{*1}	34.4% ^{*3}	27.0%
	女性	10.0% ^{*1}	10.8% ^{*3}	7.0%
未成年者の喫煙率を0にする	男子	(2.5%) ^{*2}	-	0.0%
	女子	(1.1%) ^{*2}	-	0.0%

* 1 : 平成 21 (2009) 年度県民健康調査

* 2 : 平成 21 (2009) 年度県民健康調査 : 適切に現況が反映されていない可能性があるため参考値扱い

* 3 : 平成 28 (2016) 年国民生活基礎調査

図 13 喫煙率の推移



資料 : 国民生活基礎調査 (厚生労働省)

【今後の方向性】

- 県は、引き続き喫煙率の減少につながる取組を実施していきます。また女性の喫煙率は、男性に比較して低い水準であるものの、ほぼ横ばいで推移していることから、女性に視点をおいた取組を強化していく必要があります。
- 県・市町村は、関係団体等と連携をしながら、公共施設や職場等における禁煙

を進め、受動喫煙の機会を減らすための取組を進めていく必要があります。

- 未成年者の喫煙は、身体に悪影響を及ぼし健全な発達を妨げることから、学校教育における喫煙防止教育の更なる推進を図る必要があります。
- 妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。また授乳時においても乳児に悪影響があることから、妊産婦の喫煙に関する影響等について、適切な情報提供を図るとともに、健康教育の実施について推進する必要があります。
- 平成 32 (2020) 年東京オリンピック・パラリンピックにおいて野球・ソフトボール競技が本県で開催されます。国の「2020 年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」では、「受動喫煙防止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされています。開催に向けて官公庁や医療機関を始め事業所や飲食店に対し、受動喫煙防止対策の必要性や方策等の情報提供に努めるなど、受動喫煙防止対策をより一層推進する必要があります。

【目標・目標値】※21 計画と整合性を図ります。

受動喫煙に関する目標値は国のがん対策基本計画の改定に合わせ見直しを行います。

項目		目標期限	現状(値) H28(2016)年	目標(値)	備考
成人の喫煙率を 減少させる	全体	H34(2022)年	22.3% ^{*1}	12%	21 計画と 整合性を 図ります。
	内訳	男性	34.4% ^{*1}	19%	
		女性	10.8% ^{*1}	5.4%	
喫煙者のいない世帯の割合を 増加させる		H34(2022)年	参考 53.3% ^{*2} (H21年)	70%	
施設内禁煙実施率を向上させる (県・市町村公共施設)		H34(2022)年	90.5% ^{*3} (H28年)	100%	
敷地内禁煙実施率を向上させる (学校)		〃	96.2% ^{*3} (H28年)	100%	
受動喫煙の無い職場の実現 (事業所(従業員 50 人以上))		〃	—	100%	
妊娠中の喫煙をなくすこと		H35(2023)年	—	0%	
未成年者の喫煙をなくす		〃	—	0%	

* 1 平成 28(2016)年国民生活基礎調査

* 2 平成 21(2009)年度県民健康調査

* 3 平成 28(2016)年度公共施設における分煙化実態調査

【取り組むべき施策】

※21 計画と整合性を図ります。

- 県・市町村は、引き続き喫煙が与える健康への悪影響など、がん予防に関する情報を多様な広報媒体を利用して提供することにより正しい知識の普及・啓発を推進します。
- 県は、医療保険者（市町村を含む。）が、実施する特定健康診査・特定保健指導²⁷（以下「特定健診・保健指導」という。）等の様々な機会を通じて、喫煙の実態を把握し、禁煙希望者に対する禁煙支援を実施できるよう「禁煙支援マニュアル（第二版）²⁸」の周知に努めます。
- 県は、保健指導従事者に対する研修会の実施等により、禁煙指導者の育成を行います。
- 県は、禁煙外来を行う医療機関や、禁煙指導を行う薬局をホームページに掲載するなど、喫煙者に対し禁煙を促すための情報提供を行うほか、県民の禁煙相談等、たばこをやめたい方に対する禁煙支援を行います。
- 学校や地域においては、未成年者の喫煙実態を把握し、積極的な防煙・喫煙防止教育に努めます。
- 県は、学校及び地域が行う、喫煙防止教育担当者を対象とする研修会の実施や指導者の派遣等人的的支援を行います。
- 県は、引き続き官公庁や医療機関を始め事業所や飲食店に対し、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう、受動喫煙防止及び禁煙を推進するための情報提供を行うとともに、受動喫煙防止推進担当者の研修会を実施します。
- 官公庁を始め事業所や飲食店等は、健康増進法第 25 条の趣旨を理解し、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるなど、受動喫煙防止対策に努めます。
- 県は、家庭における受動喫煙の機会を低下させるために、市町村や関係機関と連携の上、妊産婦の喫煙防止や禁煙支援に努めるとともに、受動喫煙防止及び禁煙を推進するための普及啓発活動を実施します。
- 県は、受動喫煙防止のため施設内全面禁煙の施設への認証制度を引き続き実施し、受動喫煙防止を推進します。

27 「特定健康診査・特定保健指導」とは、平成 20 年度から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、スタートした健診制度。40 歳から 74 歳までを対象に国保、保険組合、共済組合などの医療保険者にその実施が義務づけられた。医療保険者は、健診結果と問診に基づき、被保険者に対して生活習慣病発症の危険度に合わせた保健指導を行う。

28 「禁煙支援マニュアル（第 2 版）」とは、厚生労働省が禁煙希望者に対し、より効果的な禁煙指導が行えるよう平成 25 年「禁煙支援マニュアル」を改定したもの

(イ) 栄養・食生活

【現状】

栄養・食生活も、がんの発症に大きく関係しています。肥満は大腸がんや乳がんなどの発症のリスクを高め、塩蔵食品や食塩の過剰摂取は、胃の粘膜に影響を及ぼし胃がんの発症のリスクを高めると言われています。また、熱い飲食物は食道がんなどの発症のリスクを高めると言われています。

一方、ビタミン類の適正な摂取は、がん発症の抑制作用があることも知られていません。野菜・果物を多く摂取すること、脂肪や食塩の摂取を控えるなど、日頃からバランスのよい食事と適度な運動により肥満を予防することが、がんの発症予防には必要不可欠です。

成人1日あたりの食塩摂取量は男性9g未満、女性7.5g未満（厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2015年版)」では、男性8g未満、女性7g未満）を目標値としていますが、本県においては、計画策定時11.5gであり、直近の状況（平成28(2016)年国民健康・栄養調査の県データの平均）でも男性11.9g、女性9.9gであり、依然として過剰に摂取されている状況があります。

成人1日あたりの野菜摂取量は1日350g～400gが必要とされていますが、本県においては計画策定時276.3gであり、直近の状況（平成28(2016)年国民健康・栄養調査の県データの平均）でも男性347.0g、女性314.0gであり、全国的には高い状況にあります。

【これまでの取組】

- 栄養・食生活が健康に及ぼす影響に関し、ホームページ等多様な広報媒体による情報発信を行いました。
- 家庭、学校、県・市町村、関係機関は連携しながら、ライフステージに応じた望ましい食生活の実現に向けて、食育の推進に努めました。
- 県・市町村や関係機関は、食生活の改善のための栄養指導の充実を図るとともに、指導者の育成に努めました。
- 適正な食品の栄養表示の徹底や健康に配慮した食事の提供等を行う飲食店等の増加に向けた取組を行うなど、食環境の整備に努めました。

【取組による成果】

項 目	H22(2010)年 (値)	現状(値)	目標(値) H34(2022)年 [H29(2017)年]
成人1日あたりの食塩摂取量を減少させる	男性 13.0 g* 女性 11.0 g	男性 11.9 g 女性 9.9 g (H28年)	男性 9.0 g 以下 女性 7.5 g 以下 (男性 11.0 g 以下) (女性 9.0 g 以下)
成人1日あたりの野菜摂取量を増加させる	男性 350 g* 女性 318 g	男性 347 g 女性 314 g (H28年)	男性 350 g 以上 女性 350 g 以上 (男性 350 g 以上) (女性 350 g 以上)
適正体重を維持している者の割合を増加させる (肥満、やせを減少させる)	肥満者の割合 男性 33.2%* 女性 23.4% やせの割合 女性 7.6%	参考値* 肥満 : 34.5% 適正 : 59.2% やせ : 6.3% (H28年)	肥満者の割合 男性 27% 女性 20% やせの割合 女性 5% (肥満者の割合 男性 30.1% 女性 21.7% やせの割合 女性 6.3%)

- * 1～2 は国実施の国民健康・栄養調査 18～22 年、年齢調整
- * 3 は平成 22(2010)年度特定健診データ
- * 4 は平成 28(2016)年度食行動実態調査

【今後の方向性】

- 県は、「うつくしま健康応援店」²⁹の普及拡大や食品の適正な栄養成分表示に努める等、食環境整備を推進する必要があります。
- 県・市町村は、望ましい食生活形成のための食育や職域保健と連携した事業を推進する必要があります。
- 県・市町村や関係機関は、がんの発症予防のために必要な情報提供や地域における栄養指導体制の確立に努める必要があります。

29 「うつくしま健康応援店」とは、県では、県民の外食機会の拡大に伴い、安心して外食を楽しみながら健康な食生活を育むことのできる環境をつくるため、提供する栄養成分表示やヘルシーメニューの提供、喫煙対策等に取り組む飲食店等を「うつくしま健康応援店」として登録している。

【目標・目標値】※21 計画と整合性を図ります。

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
成人1日あたりの食塩摂取量を減少させる	H34(2022)年	男性 11.9 g ^{*1} 女性 9.9 g ^{*1} [H28(2016)年]	男性 9.0 g 以下 女性 7.5 g 以下
成人1日あたりの野菜摂取量を増加させる	H34(2022)年	男性 347 g ^{*1} 女性 314 g ^{*1} [H28(2016)年]	男性 350 g 以上 女性 350 g 以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	H34(2022)年	29.6% ^{*2} [H27(2015)年]	21 計画に準じる

* 1 : 平成 28(2016)年国民健康・栄養調査(福島県の結果)

* 2 : 平成 27(2015)年度都道府県特定健診・保健指導実施状況(厚生労働省)

【取り組むべき施策】

※21 計画と整合性を図ります。

- 県・市町村は、栄養・食生活が健康に及ぼす影響等、がん予防に関する情報を多様な広報媒体を利用して提供することにより正しい知識の普及・啓発に努めます。
- 家庭、学校、地域、県・市町村は、連携しながら、乳幼児から高齢者までのライフステージに応じた望ましい食生活の取組を進めるための食に関する健康教育等の実施に努めます。
- 医療保険者(市町村を含む)は、特定健診・保健指導において、保健指導対象者等に対し、食生活の改善のための指導等に努めます。
- 県は、望ましい食生活の実現のため、市町村の食生活改善推進員の育成及びサポート活動等を支援します。
- 県・市町村は、栄養士会栄養ケア・ステーションとの連携を図りながら、望ましい食生活を実現するための情報の普及啓発や地域の栄養指導体制の確立に努めます。
- 県は、健康に配慮した食事を提供する飲食店等(うつくしま健康応援店)の増加や福島県の食育活動に賛同する企業(福島県食育応援企業団)の数の増加を図るなど、食環境整備を推進します。
- 県は、職場の給食施設における健康に配慮した食事を提供する施設の割合の増加など、職域保健との連携による健康づくりを推進します。
- 県は、県民が自身や家族の健康の保持増進に食品の栄養表示を活用できるようにその活用方法の普及啓発に努めるとともに、事業者に対しては栄養表示基準制度の徹底を図ります。

- 県は、市町村や関係機関と連携を図りながら、県民が自分の適正体重を知り、また自分の食生活上の問題を把握し、改善できるようにするため、食事についての正しい知識を習得する機会や情報提供する場の確保に努めます。
- 県は、長期間避難生活をしている方等に対し、食生活を含めた生活習慣の改善に関する適切な情報提供を行うなど、がんを含む生活習慣病の予防に関する支援を実施します。

(ウ) 身体活動・アルコール

【現状】

身体活動・アルコールも、がんの発症に関係しています。

身体活動、アルコールの項目については、「21 計画」等において、運動習慣のある者の増加や、歩行数の増加のために普及・啓発等を行ってきましたが、結果として割合の増加には至らず、また、飲酒習慣のある者の割合についても、目標値に達していないことから、より効果的な普及啓発活動等が望まれます。

【取組による成果】

項 目	H22(2010)年 (値)	現状(値)	目標(値) H34(2022)年 [H29(2017)年]
運動習慣のある者の割合 を増加させる	男性 19.5% ^{*1} 女性 13.3% ^{*1} [H21(2009)年]	調査予定 [H30(2018)年度]	男性 31% 女性 26% (男性 26% 女性 20%)
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者 ³⁰ の割合を減少させる	男性 13.6% ^{*2} 女性 6.3% ^{*2}	参考値 全国値 男性 13.9% ^{*3} 女性 8.1% ^{*3} [H27(2015)年]	男性 11% 女性 5% (男性 12% 女性 5.6%)

* 1 は平成 21(2009)年度県民健康調査

* 2 は国実施の平成 18~22(2006~2010)年国民健康・栄養調査(福島県のデータ)の平均

* 3 は平成 27(2015)年国民健康・栄養調査の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合

【目標・目標値】

※21 計画と整合性を図ります。

30 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、20歳以上で一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者

生活習慣病を予防する 21 計画における指標を参考指標として記載します。

項 目	目標期限	現状(値) 参考指標	目標(値) 参考指標
運動習慣のある者の割合を増加させる	H34(2022 年)	調査予定 [H30(2018)年度]	男性 31% 女性 26%
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を減少させる	H34(2022 年)	参考値 全国値 男性 13.9%* ¹ 女性 8.1% [H27(2015)年]	男性 11% 女性 5%

* 1 は平成 27(2015)年国民健康・栄養調査の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(20 歳以上)の全国値

<参考>

お酒の種類	ビール 中瓶 1 本 500ml	清酒 1 合 180ml	ウイスキー・ ブランデー ダブル 60ml	焼酎(25 度) 1 合 180ml	ワイン 1 杯 120ml
アルコール度数	5%	15%	43%	25%	12%
純アルコール量	20 g	22 g	20 g	36 g	12 g

資料：健康日本 21（第 2 次）

※最終的な目標値の設定は、21 計画の最終評価と調整を図りながら、項目の変更等も含めて検討します。

【取り組むべき施策】

※21 計画と整合性を図ります。

- 県は、県民の運動習慣の定着化支援策として、歩く活動を促進するために、各種ウォーキング大会等の情報を把握し、ホームページや広報誌等による情報提供に努めます。
- 県は、運動習慣の重要性等についての普及啓発に努めるとともに、職域保健と連携した勤労者へのアプローチ、「県民健康の日」に合わせたイベント等を実施します。
- 県は、個人のアルコールの適量チェックが可能となるようなリストの作成等、アルコールに関する正しい知識の普及啓発及び健康教育を推進します。
- 県は、アルコール関連問題を持つ人等が職場や地域で早期に把握、相談等につながるように、職場や地域での相談窓口の体制整備等に努めます。
- 県は、アルコール関連問題を持つ人等が分かりやすく気軽に相談できる拠点を明確化し、地域で相談できる窓口について周知を行います。
- 県は、地域における医療機関・行政・自助グループ等の関係機関の役割を整理し、各機関が相互に情報共有や協力体制を築くことで適切な相談や治療、回復支

援にまでつなげる連携体制を構築します。

- 県は、未成年者の飲酒防止や妊産婦の飲酒による影響について普及啓発を行います。
- 県は、未成年者へのアルコール飲料の販売・提供の禁止の徹底を図るため、酒類の対面販売の推進や指導・取締りの強化を図ります。
- 県は、未成年者や若年層の飲酒行動については、家庭や職場、地域社会の教育に期待することが大きいので、市町村ときめ細かに連携します。
- 県は、長期間避難生活をしている方等に対し、飲酒習慣を含めた生活習慣の改善に関する適切な情報提供を行うなど、がんを含む生活習慣病の予防に関する支援を実施します。

(2) 感染症対策について

【現状】

ウイルスや細菌への感染は、がんの原因として男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も寄与が高い因子とされています³¹。

発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、①子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、②肝がんに関連する肝炎ウイルス、③胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ、④ATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）などがあります。

子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染への対策が必要です。予防対策としての子宮頸がんワクチンは、平成25(2013)年度から定期接種として位置づけられています。しかし「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛等が、HPVワクチンの接種後にみられたことから、この副反応の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」とされ、現在厚生労働省により積極的な接種勧奨の一時差し控え³²が決定されています。

肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の整備や医療費助成などに取り組んでいます。肝炎ウイルスによる肝炎は長期間の経過の後、肝硬変、肝細胞がんを引き起こす危険性が指摘されており、その進行予防においては、早期発見と早期治療の推進が重要です。

胃がんについては、ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であ

31 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

32 「積極的な接種勧奨の差し控え」とは、市町村が対象者やその保護者に対して、広報紙やポスター、インターネットなどを利用して、接種を受けるよう勧奨することに加え、標準的な接種期間の前に、接種を促すハガキ等を各家庭に送ることや、さまざまな媒体を通じて積極的に接種を呼びかけるなどの取り組みを取りやめることを指している。なお、子宮頸がんワクチン接種を希望する場合は、定期接種として接種を受けることは可能である。

るかどうかについて、まだ明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されています³³。

A T Lは、H T L V－1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染となっています。

【目標】

がんの原因となる感染症の予防及び治療を推進する。

【取り組むべき施策】

- 県は、県民一人一人が肝炎について正しい知識を持つことで、肝炎の早期発見・早期治療及び新たな感染の予防が図られるよう普及啓発に取り組みます。
- 県は、県民が、一生に一回は肝炎ウイルス検査を受検できるよう検査体制を維持するとともに、早期に受検するよう勧奨を図り、検査結果が陽性である方への早期かつ適切な受診を促すためのフォローアップ体制の維持を図ります。
- 県は、患者等が病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、地域の医療機関における肝疾患診療連携体制を推進します。
- 県は、患者等の経済的負担を軽減するため、医療費助成制度に継続して取り組んでいくほか、地域の肝炎医療を推進する人材の育成を図ります。
- 県は、患者及びその家族等の不安や精神的負担を軽減するため、市町村、関係団体と連携して相談支援を行うとともに、肝炎に関する最新情報の提供を図ります。
- 県、市町村、医療機関が連携し、H T L V－1総合対策に取り組みます。
- 県は、ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について国の検討等を注視し、関係機関と対応を協議します。
- 県は子宮頸がんのH P Vについては、国の動向を注視しつつワクチン接種のあり方を検討していきます。

33 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

2 がんの早期発見及びがん検診（二次予防）

がん検診は、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を判定し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものです。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会³⁴を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進しています。科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上及びがん検診の精度管理の更なる充実が必要不可欠です。

近年の医療技術の進歩により、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんは、早期の発見により、高い確率で治癒が可能な疾患となっており、がんに対しては、早期発見・早期治療がより重要となっています。

また、診断の技術も進歩しており、より早く、より精度の高い診断も可能となりました。

本県においても、がんによる死亡者数を減らしていくために、より多くの県民が定期的ながん検診を受診することが必要であり、がん検診を実施している市町村等、検診に関わる機関も、効果的に質の高い有効な検診を実施していく必要があります。

さらに本県においては、原子力災害により、多くの県民が、放射線の健康への影響について不安を抱えていることから長期にわたり県民の健康を見守る必要があります。

（1）受診率向上対策について

【現状】

がん検診は、健康増進法を根拠に市町村が実施している対策型がん検診³⁵のほか、事業所における健康診断や医療保険者による保健事業、個人が任意で人間ドック等により受診している場合もあります。

がん検診受診率を50%以上（乳がん・子宮頸がんは60%）にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや市町村と企業との連携促進、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診率の向上を図るための取組が行われてきました。

しかしながら、平成27(2015)年度に本県の市町村が実施したがん検診の平均受診率は、20～40%台にとどまっており、いずれのがん検診も目標値を達成できていません。

地域別では、肺がん・乳がん・子宮頸がん検診において、目標値に達している地域もありますが、胃がんや大腸がん検診ではいずれの地域も目標値に達していません。特にいわき地域の受診率が低い状況にあります。（図14参照）

がん検診を受けない理由としては、国民生活基礎調査の結果³⁶では、「心配なときは

34 平成24(2012)年に厚生労働省健康局長の下に設置した「がん検診のあり方に関する検討会」

35 「対策型がん検診」とは、当該のがん死亡率を下げることを目的として、公共政策として行うもの。健康増進事業による市区町村の住民対象のがん検診

36 平成28(2016)年国民生活基礎調査における福島県の結果

いつでも医療機関を受診できるから（36%）」「受ける時間がないから（22%）」、「めんどうだから（19%）」等が挙げられております。こうしたことを踏まえ、がん検診の一層の受診率向上を図るためには、事業所等における健康診断や人間ドックによる検診を含めて、がん検診の重要性を県民に理解してもらい、定期的な受診につながるよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められています。

【これまでの取組内容】

- 県は、がん検診の普及啓発イベントや多様な広報媒体を活用してがん検診の重要性と受診の必要性を周知しました。また、若年層に対する積極的な周知・啓発に努めました。
- 県は、県内のがんによる死亡の動向やがん検診受診者数の推移等を踏まえ、啓発用資材を作成し市町村等関係機関へ提供、助言、また県民に周知しました。
- 県は、ソーシャルマーケティングの手法を用いた、検診の個別受診勧奨・再勧奨の効果的手法について市町村に技術支援を行いました。
- 県は、がん検診実施機関等の情報を定期的に収集の上、取りまとめた情報を市町村に提供するとともに、県民に周知しました。
- 県は、受診者の利便性を配慮した検診を行うよう市町村等関係機関に助言するとともに、受診を阻害する要因に配慮した利便性の高い集団検診を試行的に行いました。
- 県は企業とがん検診受診促進企業包括連携協定を締結し、協定企業とともにがん検診受診促進のための取組を行いました。
- 県は、地域においてがんの早期発見・治療の必要性を理解し、検診受診を勧奨できる人材の養成を行いました。

【取組による成果】

項 目		H22(2010)年 (値)	現状(値) [H27(2015)年]	目標(値) [H29(2017)年]
がん検診 受診率を 向上させ る	胃がん検診	22.6%	26.9%	50%以上
	肺がん検診	32.5%	36.9%	50%以上
	大腸がん検診	24.5%	33.9%	50%以上
	乳がん検診	27.4%	44.9%	60%以上
	子宮頸がん検診	29.1%	40.4%	60%以上

※対象年齢は子宮頸がん 20 歳～69 歳、その他のがん 40～69 歳

※資料：平成 28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

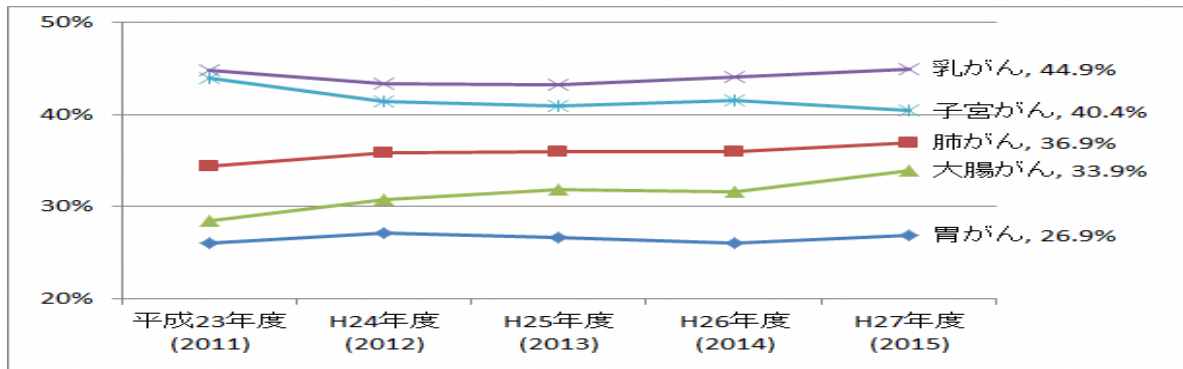
<受診率の算出方法>

○胃、大腸、肺がん検診受診率＝検診受診者数（市町村実施分）/推計対象者×100

○子宮、乳がん検診受診率＝（前年度の検診受診者数（市町村実施分）＋当該年度の検診受診者数（市町村実施分）－2年連続受診者数）÷推計対象者×100

※推計対象者＝市町村人口（直近の国勢調査結果）－（就業者数－農林水産業従事者数）

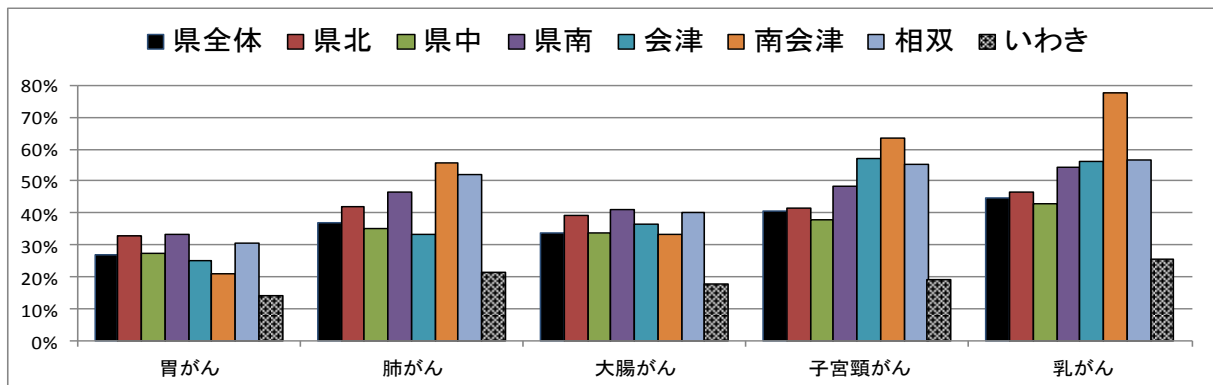
図 14 市町村が実施したがん検診受診率（％）の推移



※ 対象年齢：子宮頸がんは20～69歳、胃・肺・大腸・乳がんは40～69歳

※ 資料は、平成28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

図 15 地域別市町村がん検診受診率（平成27年度）



※平成28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

※検診対象年齢 子宮頸がんは20～69歳、それ以外は40～69歳の受診率

【今後の方向性】

- がんの早期発見・早期治療のためにも、多様な手法を用いてがん検診の重要性を県民に周知し、定期的な受診に向けた積極的取組が必要です。
- 県や市町村は、民間企業や保険者との連携等、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医やかかりつけ薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、あらゆる手段を活用しがん検診の受診率向上を図る必要があります。
- がん検診の受診率の低い市町村の検診体制等の改善すべき点が見出せるよう支援します。

- 市町村や検診実施機関において、受診者にがん検診を分かりやすく説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める必要があります。

【目標・目標値】

項 目		目標期限	現状(値) [H27(2015)年]	目標(値)
市町村対策型 がん検診受診 率を向上させ る	胃がん検診	H35(2023)年	26.9%	50%以上
	肺がん検診	H35(2023)年	36.9%	50%以上
	大腸がん検診	H35(2023)年	33.9%	50%以上
	乳がん検診	H35(2023)年	44.9%	60%以上
	子宮頸がん検診	H35(2023)年	40.4%	60%以上

※現状値の対象年齢は子宮頸がん 20 歳～69 歳、その他のがん 40～69 歳。胃がん検診は、平成 28(2016)年度以降対象年齢は 50～69 歳に変更

※現状値は、平成 28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料より算出

※基本計画(国計画)(40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳)では、対策型検診で行われる全てのがん種において、がん検診の受診率の目標を 50%としている。

【取り組むべき施策】

- 県、市町村は、企業等と連携を図り、がん検診の実施に関する情報交換を行うとともに、多様な広報媒体を活用して、がん検診についての正しい認識を持ち、積極的な受診につながるよう周知します。特に、これまで受診したことのない初回受診者や長期未受診者に対する周知・啓発に努めます。
- 県は、地域においてがんの早期発見・早期治療の必要性を理解し、検診受診を勧奨できる人材を養成することにより、県民同士のがん検診受診勧奨活動を推進します。
- 県は、県内のがんによる死亡の動向やがん検診結果等の最新情報を踏まえ、本県の各がんの特性に応じた啓発用リーフレット原案を作成し、市町村等関係機関へ提供します。
- 県は、各市町村のがん検診受診者数の推移を把握し、受診者数の低い市町村については、その要因を把握し、個別に助言を行います。
- 県は、県民が、がん検診や精密検査を受診しやすいよう福島県医師会の協力を得て、がん検診実施機関等の情報を定期的に収集の上、取りまとめた情報を市町村に提供するとともに県のホームページに掲載するなど県民に周知します。
- 県は、特定健診とがん検診を可能な限り同じ会場で行うことや、働き盛り世代の

がん検診受診を推進するための検診実施期間の延長や休日検診等の実施など、受診者の利便性を配慮した検診を行うよう市町村等関係機関に助言を行います。

- 県は、働き盛り世代や女性のがん検診受診を推進するため、広域で利便性に配慮した検診体制整備を行います。
- 県は、国等の動向を注視し、国の実施する個別受診勧奨・再勧奨等の受診率向上のための施策について、市町村等に助言を行います。
- 県は、効果的な受診勧奨の方法等について市町村等に助言を行います。
- 県は、県民が、がん検診を受診しやすいよう関係機関の協力を得て、がん検診を広域で受診できる体制整備に努めます。
- 県は、東日本大震災の影響により県外に避難した県民についても、がん検診が受診できる体制整備を引き続き行います。
- 県は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう保険者や事業主に対し情報を提供するなどして、市町村と職域におけるがん検診の連携を促進します。
- 県は、原子力災害を踏まえ、子どもたちの健康を長期に見守るための甲状腺検査等を実施します。

(2) がん検診の精度管理等について

【現状】

がんによる死亡率を減少させるためには、死亡率減少効果が科学的に証明されている検診を実施し、精度管理として検査方法を含め、検診が正しく行われているかを評価し、不備な点を改善することが非常に重要です。

がん検診の精度管理評価については、平成 20(2008)年に厚生労働省により、「今後の我が国におけるがん検診事業の評価の在り方について」報告書がまとめられ、国、都道府県、市区町村、検診機関のそれぞれの役割などが定められています。また精度管理指標として、「技術・体制指標³⁷⁾」「プロセス指標³⁸⁾」「アウトカム指標」が示されており、県・市町村では、これらの指標を用いて精度管理に努めています。

37 「技術・体制指標」とは、国が「事業評価のためのチェックリスト」を作成し、自治体と検診機関が最低限整備すべき検診体制をまとめたもの。

38 「プロセス指標」とは、がん検診事業を受診者の募集、検診、精密検査、治療という各プロセスに分けて評価するための指標を指す。検診が効果（死亡率減少）につながるよう適切に行われているか、達成度をみるものである。指標には、受診率、要精密検査率、要精密検査受診率、精密検査未受診率、精密検査未把握率、がん発見率、陽性反応適中度がある。

精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加しています。しかし、技術・体制指標である「事業評価のための集団検診チェックリスト」で示された項目全てを実施している市町村の割合は、平成 27 (2015) 年度は、胃がん検診 78.0%、肺がん 78.0%、大腸がん 72.9%、乳がん 67.8%、子宮頸がん 66.1%であり、更なる改善が必要な状況にあります。

プロセス指標の一つであるがん検診要精密検査者の精密検査受診率は、平成 27 年度は、胃がん検診 84.8%、肺がん検診 83.4%、大腸がん検診 75.3%、乳がん検診 87.9%、子宮頸がん検診 88.5%となっており、受診率の推移は、横ばいの傾向です。特に大腸がん検診は、他のがん検診と比べて低い傾向にあり、受診率向上対策が必要な状況にあります。

一方、職域においては、被保険者等を対象として行うがん検診については、全国的に対象者数や受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理ができる体制は整備されていない現状にあります。このことから厚生労働省の「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」において検討が開始されました。

【これまでの取組内容】

- 県生活習慣病検診等管理指導協議会³⁹では、全市町村のがん検診の実施体制及び検診結果等を踏まえ、市町村及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理のあり方等について、専門的な見地から助言を行っています。
- 県は、各医療機関に対して、がん検診の精密検査結果を市町村または検診実施機関へ情報提供するよう、関係団体と連携し周知を行いました。
- 県は、がん検診受診率、要精密検査率等の精度管理指標を把握し、県生活習慣病検診等管理指導協議会において各市町村間、県及び全国における数値との比較を行い、市町村及び検診実施機関に対して助言を行いました。

また検証結果については、市町村等に対して報告会等により周知を図り、県民に対しても検討結果を県のホームページに掲載する等の方法により公表しました。

- 県は、精度の高いがん検診を実施するために、関係機関と連携を図りながら検診

39 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。福島県では、循環器疾患等部会、胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会、糖尿病部会の7部会により構成されている。

に従事する医師等を対象とした研修を実施しました。

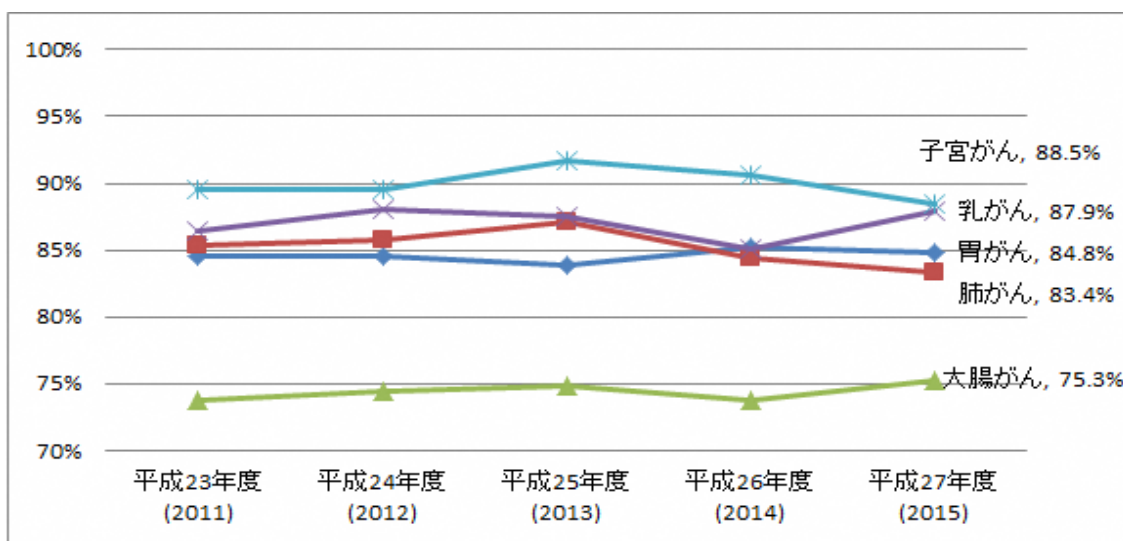
- 県は、厚生労働省の「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の検討状況について検診機関や健保組合等の関係機関に情報提供しています。

【取組による成果】

項目		H22(2010)年 (値)	現状(値) [H27(2015)年]	目標(値) [H29(2017)年]
要精検者	胃がん検診	83.4%	84.8%	100%
精密検診	肺がん検診	85.5%	83.4%	100%
受診率を	大腸がん検診	73.9%	75.3%	100%
向上させ	乳がん検診	87.1%	87.9%	100%
る	子宮頸がん検診	91.0%	88.5%	100%

資料：平成23・28(2011・2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

図 16 福島県のがん検診要精密検査者の精密検査受診率(%)の推移



資料：平成28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

【今後の方向性】

- 国のがん検診実施のための指針⁴⁰に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行いがん検診の実施方法の改善に向けた取組を促進します。
- 市町村のがん検診の精度管理の徹底を図るため、生活習慣病検診等管理指導協議

40 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）

会の一層の活用を図り、さらに精度を適切に管理した質の高い対策型がん検診の実施に向けた取組を支援します。

- 市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む必要があります。
- がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及び、がんでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進めます。
- 保険者や事業主に対するがん検診を効果的に行うための指針がないことから、厚生労働省において「職域におけるがん検診に対するガイドライン」の策定に向けた検討が行われています。今後の動向を注視し、職域のがん検診関係機関に対して引き続き情報提供に努めます。また、国の動向を踏まえつつ保険者等が実施する職域のがん検診が、ガイドラインに沿ったものになるよう働きかけを行います。

【目標・目標値】

項 目		目標期限	現状(値) [H27(2015)年]	目標 (値)
要精密検査者の 精密検査受診率 を向上させる	胃がん検診	H35(2023)年	84.8%	100%
	肺がん検診	H35(2023)年	83.4%	100%
	大腸がん検診	H35(2023)年	75.3%	100%
	乳がん検診	H35(2023)年	87.9%	100%
	子宮頸がん検診	H35(2023)年	88.5%	100%

※現状値は、平成28(2016)年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

【取り組むべき施策】

- 県は、有効性の確認されたがん検診が引き続きすべての市町村において実施されるよう、県生活習慣病検診等管理指導協議会において、各市町村及び検診実施機関の検診の実施体制について専門的見地から協議し、協議内容等について市町村及び検診実施機関に対し適切に助言します。
- 県は、市町村、県医師会等と連携して、各医療機関の協力体制の確立、結果報告書等標準様式の利用促進、各検診実施機関との連携など、精密検査の受診結果を確実に把握するための仕組みづくりを進めます。
- 県は、がん検診の精度管理のための各指標を把握し、県生活習慣病検診等管理指導協議会において各市町村間、県及び全国における数値との比較を行い、大きな乖離がないか検証します。

各指標について、市町村や検診実施機関の間で大きなばらつきが生じている場合等には、実施市町村とともに問題の所在を明らかにするよう努めます。精度管理上の問題が認められる市町村及び検診実施機関に対しては、関係機関の協力を得ながら適切な助言を行います。

検証結果については、市町村、検診実施機関、関係団体等に対して説明会や個別の助言等を通じて積極的に周知を図り、それぞれの事業改善を求めます。

また、県民に対しても、県生活習慣病検診等管理指導協議会での検討結果を県のホームページに掲載する等の方法により積極的に公表します。

- 県は、精度の高いがん検診を実施するために、関係機関と連携を図りながら、検診に従事する医師等を対象とした研修を引き続き実施します。
- 県は、国の動向を踏まえつつ、職域におけるがん検診のガイドラインに関する情報提供を行うなど、関係機関と連携し職域のがん検診体制の整備を促進します。
- 県は、がん検診の利益と不利益について住民からの理解が得られるよう市町村とともに普及啓発を進めます。
- 市町村、検診実施機関、関係団体等は、県の助言等を参考にそれぞれの事業改善に努めます。
- 市町村等のがん検診実施者は、がん検診要精密検査者の精密検査受診率 100%を目指し精密検査未実施者の把握と積極的な受診勧奨等の実施に努めます。

第2 患者本位のがん医療の実現

1 手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の推進

がんに対する主な治療法には、①手術療法、②放射線療法、③薬物療法、④免疫療法があり、これらの治療法を複数組み合わせた「集学的治療」も数多くなされています。

【現状】

本県では、医師数が不足していることに加えて、地域によって、がん医療を担う医療機関等やがん診療に関連した専門医等の偏在があります。特に中通り地方の県北・県中地域に集中しており、放射線療法や薬物療法を実施する医療機関の早期整備が求められています。

手術療法については、拠点病院を中心にがんに対する質の高い手術療法を提供するために、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を行ってきました。また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん及び高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があることから、対応可能な医療機関が偏在しているため、今後は、医療提供体制を整備する必要があります。

放射線治療については、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置や、機器の整備など集学的治療を提供する体制の整備が求められています。

薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置を進め、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるように努める必要があります。

免疫療法については、これまでの薬物療法とは異なった副作用が報告されていることから、その実施には専門的な知識が求められています。

【取組による成果】

項 目	H24(2012)年 (値)	現状 (値)	目標(値) [H29(2017)年]
放射線療法を実施する病院 数を増やす	11	11	12
外来化学療法加算届出医療 機関を増やす	37	41 (平成 29 年 10 月 1 日現在)	48

※ 放射線療法を実施する病院数の平成 24(2012)年の値は、第六次福島県医療計画策定に係る病院調査、現状値については、第七次福島県医療計画に係る病院調査による。

※ 外来化学療法加算を取得する医療機関の平成 24(2012)年の値及び現状値は、厚生労働省東北厚生局の施設基準の届出受理医療機関名簿による。

※ がん診療連携拠点病院以外の病院の状況については福島県総合医療情報システムで検索可能です。

【目標・目標値】

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)
放射線療法を実施する医療機関数 を増やす	H35(2023)年	11	12
外来化学療法加算届出医療機関を 増やす	H35(2023)年	41 (平成 29 年 10 月 1 日現在)	48

※ 放射線療法を実施する病院数の現状値については、第七次福島県医療計画に係る病院調査による。

※ 外来化学療法加算を取得する医療機関数の現状値は、厚生労働省東北厚生局の施設基準の届出受理医療機関名簿による。

【取り組むべき施策】

- 県は、専門的ながん診療に携わる医療機関に対し、がん手術、放射線療法、薬物療法、免疫療法の各々を専門的に行う医師が協力して治療に当たる体制の構築を進めます。
- 歯科医療機関にあっては、がんと口腔管理の関連性を踏まえた処置及び口腔衛生指導を実施します。

2 がんのゲノム医療⁴¹

【現状】

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療への期待が高まっており、国内外において様々な取組が行われています。

【今後の方向性】

国は、がん対策推進基本計画に基づき、今後、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関「がんゲノム医療中核拠点病院」を整備することとしています。国の動向を踏まえ、都道府県がん診療連携拠点病院においては、がんゲノム医療中核拠点病院から推薦を受け、厚生労働省が指定するがんゲノム医療連携病院として、がんゲノム医療を受けられる体制整備を進めます。

3 がん医療の提供体制

がん医療については、がん診療連携拠点病院が、地域におけるがん医療連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、連携体制の構築や医療従事者への研修のほか、地域のがん患者等に対する情報提供や相談支援を実施することとされています。

【現状】

本県のがん治療は、多くが福島市、郡山市、会津若松市、いわき市といった都市部にあるがん診療連携拠点病院等を中心とした比較的規模の大きな病院で行われています。

がん診療連携拠点病院の指定要件を満たす病院が存在しない二次医療圏もあるため、複数の二次医療圏による連携体制を構築する必要があります。

地域医療構想においても、地域において切れ目のない医療の提供を実現することが求められており、連携体制の構築が必要です。

【これまでの取組内容】

- 専門的ながん診療を行う医療機関として、県内に都道府県がん診療連携拠点病院が1施設、地域がん診療連携拠点病院が8施設指定されました。
- 専門的ながん診療を担う県内の医療機関として、以下のがん診療連携拠点病院があげられます。

41 「がんゲノム医療」とは、がん細胞の遺伝子を網羅的に調べ、その結果をもとにして、より効率的・効果的に病気の診断と治療を行う医療のこと。

地域	医療機関名	都道府県がん 診療連携拠点 病院	地域がん 診療連携 拠点病院
県北	公立大学法人福島県立医科大学 附属病院	○	
県中	一般財団法人慈山会医学研究所附属 坪井病院		○
	一般財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院		○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院		○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院		○
会津・ 南会津	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院		○
	一般財団法人温知会会津中央病院		○
相双・ いわき	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院		○
	いわき市立総合磐城共立病院		○

【取組による成果】

- がん診療連携拠点病院により、地域連携クリティカルパス⁴²の整備が進められていました。

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)
全ての拠点病院が5大がんに関する地域連携クリティカルパスを運用する	H29年	0	9

※ 現状値については、拠点病院1につき5大がん全ての地域連携クリティカルパスを運用している場合に1とするため、5大がんのうち4つのがん種の地域連携クリティカルパスを運用していても、0となります。

42 「地域連携クリティカルパス」とは、地域において、患者が受ける診療段階に応じて診療を受ける医療機関の流れを示した、診療するすべての医療機関が共有する疾病ごと患者ごとの治療計画のこと。（患者が発症した「急性期」から集中的なリハビリなどをする「回復期」、生活機能維持のためのリハビリをする「維持期」までの流れを表している。）診療にあたるそれぞれの医療機関が、役割分担に基づく診療内容と治療経過を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものであり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものである。医療機関が特性・役割分担に応じて診療を受け持つことで、地域における効果的で質の高い医療の提供が期待されている。

- 東日本大震災発災と原子力災害からの復興に向け、福島県立医科大学では、「福島県復興計画」及び「福島医大復興ビジョン」に基づき、県民の健康を将来にわたってしっかりと見守るため、放射線医学に関する最先端の研究診療拠点として、「ふくしま国際医療科学センター」を設立し、県民健康管理調査の推進部門を始め、各種疾病の早期診断部門や先端治療部門、臨床研究・治験部門、人材育成等の部門を整備しました。

その中で、医療機能については、小児・周産期医療やがん医療等に係る最先端治療体制の充実、災害・被ばく医療や救命救急体制の確立、疾病の早期診断体制の整備等を図ってまいりました。

【今後の方向性】

- がん診療連携拠点病院の指定要件を満たす病院が存在しない二次医療圏もあることから、複数の二次医療圏による連携体制を構築する必要があります。
- 地域連携クリティカルパスについては、がん診療連携拠点病院ごとに運用の状況に差があります。今後は地域連携クリティカルパスが実効性をもって運用できるようにあり方を検討する必要があります。
- 「ふくしま国際医療科学センター」の機能を十分に発揮し、県内全域にその効果が及ぶよう、関係機関や団体等の意見を聞きながら、地域の中核的医療機関との連携等の体制づくりについて、引き続き検討していきます。

【取り組むべき施策】

- 県は、がん診療に携わる医療機関へ、標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察の実施、在宅医療の実施、集学的な臨床研究の実施などを働きかけ、医療機能の分化・連携を推進します。
- 県は、福島県がん対策推進協議会において、県全体のがん医療提供体制の整備状況について検討をおこなうとともに、福島県がん診療連携協議会と連携し、県全体のがん診療の質の向上を図ります。
- 都道府県がん診療連携拠点病院である福島県立医科大学附属病院は、福島県がん診療連携協議会を開催し、各地域がん診療連携拠点病院と連携を図りながら、

県内全体のがん医療水準の向上に努めます。

- また、地域がん診療連携拠点病院等に対し、専門的ながん医療を行う医療従事者等を対象とした研修の実施、情報提供、症例相談の対応及び他のがん診療連携拠点病院への診療支援を行う医師の派遣等、支援体制の充実に努めます。
- 地域がん診療連携拠点病院は、地域における切れ目のないがん医療提供のための連携体制の中心となり、様々な関連機関との連携調整を行うとともに、積極的に地域のがん医療水準の向上のために研修等の実施に努めます。
- 県は、地域がん診療連携拠点病院が行う地域の薬局薬剤師を対象とした在宅におけるがん薬物療法、疼痛緩和ケア等に関する資質向上のための研修を積極的に支援します。
- がん診療連携拠点病院は、がん医療水準を向上させるため、専門分野の異なるがん診療を行う医師が定期的にカンファレンス⁴³を開催し、提供しているがん医療の評価を行う体制整備に努めます。
- 県は、がん診療連携拠点病院を中心とした、地域ごとの医療や介護サービス等の連携強化に向けて、支援を行います
- 医師は、より専門的な診療が求められる患者を診察した場合には、必要に応じて、医療機関を紹介するなど、がん患者が適切ながん医療を受けられるように、日頃より注意を払うよう努めます。
- 県は、がん診療連携拠点病院に対しその活動や、医療圏のがん医療の状況を勘案し、各拠点病院に対する必要に応じた指導や支援に努めます。

4 がん患者とその家族のQOLの維持・向上

（チーム医療の推進、がんのリハビリテーション、支持療法の推進）

（1）チーム医療の推進

【現状】

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高

43 「カンファレンス」とは疾病の症例等について情報交換するとともに効果的な治療方法などを検討すること。

いがん医療を提供するため、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種によるチーム医療の推進が必要となります。

これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制、カンサーボード⁴⁴の実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局との連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきました。

【取り組むべき施策】

- 県は、がん患者の病態に応じたより適切ながん医療の提供、さらにはがん拠点病院等における医療従事者間の連携を強化するため、カンサーボードへの多職種の参加を促します。

また、がん患者の病態に応じた適切ながん治療を行うため、ICT（情報通信技術）を活用し、病院、診療所、薬局等が患者の医療情報を共有する「キビタン健康ネット⁴⁵」等の医療情報連携体制の構築に対する取組を支援します。

- 県は、専門チーム（緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染症防止対策チーム等）に依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるような環境の整備に努めます。

（２）がんのリハビリテーション

【現状】

がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じることがあります。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障がい来し、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されており、がんリハビリテーションは、がんと診断されたときから、治療期、急性期、回復期に至る患者の全病期において必要となります。

この処置の核である理学療法や作業療法は、患者の症状の緩和や病状のコントロール、回復力の向上を高め、今までと変わらない生活を取り戻すことに効果があると考えられていることから、これらの療法の普及及び人材の確保が求められています。

44 「カンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

45 「キビタン健康ネット」とは、一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が運営する「福島県医療福祉情報ネットワーク」のこと。

しかし、学校教育の現場において、がんリハビリテーションを学べる環境が少なく、理学療法や作業療法における理論や実践的な現場に触れられる機会が十分な状況でないことから、この処置を行える医療従事者が不足しています。

【これまでの取組内容】

- 福島県立医科大学附属病院において、平成 26 (2014) 年度より医療従事者を対象とするがんリハビリテーションに関する研修会を実施しています。

【取り組むべき施策】

- 2021 年度に福島県立医科大学に設置する保健科学部（仮称）において、理学療法士及び作業療法士の養成課程を設置し、がんリハビリテーションに対応できる人材を育成する環境を整備します。
- 県は、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰という観点も踏まえ、在宅や地域の医療機関においても、リハビリテーションを含めた医療提供体制のあり方を検討します。

(3) 支持療法⁴⁶の推進

【現状】

がん患者の実態調査によると、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が、この10年で顕著に増加しています。

がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少に、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、リンパ浮腫による症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も大きな問題となっています。

【取り組むべき施策】

県は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のQOLが低下しないよう、国が策定する患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを踏まえ、支持療法の提供体制について検討します。

46 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケアのこと。

5 希少がん及び難治性がん対策

【現状】

希少がん⁴⁷には多くの小児がんと成人のがんの一部が含まれ、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等による連携の強化等を行うとともに、それらを広く周知することが必要となります。

膵がんやスキルス胃がんのような難治性がんについては、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持ち、5年相対生存率が改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっています。

【取り組むべき施策】

○ 県は、各々の希少がんに関し、状況に応じた適切な集約化と連携のあり方について、国の「希少がん対策ワーキンググループ」等の議論を踏まえ、検討を行うこととしていることから、国の動向を見ながら、希少がんの医療提供体制のあり方について検討します。難治性がんについても同様に、国の動向を注視し県内での医療提供体制のあり方を検討します。

6 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

がんは小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つですが、これらのがんは、生活習慣と関係なく、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代までといった特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められます。特に小児がんについては、治療後の経過が成人に比べて長いことに加えて晩期合併症や発育、教育に関する問題等、成人の患者と異なる問題を抱えています。

高齢者のがん対策については、人口の高齢化が急速に進み、がん患者に占める高齢者の割合が増えることから、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方について検討が必要となります。

(1) 小児がん、AYA世代のがん対策について

【現状】

本県の小児(0～14歳)のがんによる死亡数については、「福島県のがん登録〔2008～2012〕」によりますと、平成24(2012)年で4人となっており、全年齢のがん死亡数6,235人の0.06%となっています。また、罹患数については、平成24(2012)年で

47 「希少がん」とは、概ね罹患率人口10万人当たり6例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいがんのこと。四肢軟部肉腫や眼腫瘍があげられる。

36人となっており、全年齢のがん罹患数13,939人の0.26%となっています。

また、小児がんは国で指定している小児慢性特定疾病対策事業の対象疾病となっており、患者家庭の医療費の負担軽減が図られています。本県の小児慢性特定疾病対策事業⁴⁸において小児がんで給付決定された児童は、平成28(2016)年度においては、132名で、病名では白血病が多くなっています。

本県の小児がん患者のその約8~9割は、福島県立医科大学附属病院で治療を受けており、小児がん治療の中核的役割を担っています。診療実績の内訳としては、外来患者数が年間延べ約2,600人、入院患者数が年間延べ約430人となっています。また、入院が長期間に及ぶため、小児がん患者の病床占有率は、小児科入院患者の約8割を占めています。

AYA世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられないおそれがあります。他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくい現状があります。また、AYA世代のがんは、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではありません。心理的にも、社会的にも状況は様々であるため、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等が求められます。

【これまでの取組み】

- 県では、小児慢性特定疾病対策事業により医療費の自己負担分を補助することで、患者家庭の負担軽減を図るとともに、医療機関からの療育相談指導連絡票等に基づき、市町村と連携し、相談支援や交流の機会を提供することで、児童の自立促進や家族の精神的支援を図っています。
- 小児がんの治療に関しては、平成28(2016)年4月より陽子線治療が保険適用となったことから、福島県立医科大学附属病院では、陽子線治療が可能な南東北病院がん陽子センターと連携して薬物療法を継続しながら、陽子線治療を行える体

48 「小児慢性特定疾病対策事業」とは、子どもの慢性疾患のうち、小児がんなど特定の疾患については、治療期間が長く、医療費負担が高額となるため、児童の健全育成を目的とし、患者家庭の医療費の負担軽減につながるよう、自己負担分を補助するもの。

制を整備しました。

【取り組むべき施策】

- 県は、緩和ケアを含む集学的医療の提供、適切な療養・教育環境の提供、小児がんに携わる医師等に対する研修の実施、治療による晩期合併症等に対応できる長期フォローアップ体制の支援、教育環境を整えるための支援等の小児がん医療体制の強化・連携についての取組を横断的に推進していきます。
- 県は、小児慢性特定疾病対策事業により、患者家庭の医療費の負担軽減に取り組めます。
- 県は、医療機関からの療育指導連絡票等に基づき、市町村と連携しながら、小児がんの児童及びその家族等に対して、家族看護、福祉制度の紹介、精神的支援、学校との連絡調整など日常生活に関する相談支援を行います。また、家族同士が情報交換や交流できる機会を提供します。
- AYA世代である高校生に対する教育支援は大きな課題であり、県は将来の自立に向けて継続した支援体制の整備を進めていきます。
- 県は、在宅療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備に努めます。

(2) 高齢者のがん対策

【現状】

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでない判断される場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されているところですが、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は示されていません。

【今後の方向性】

県は、患者に提供すべき医療のあり方について、生活の質（QOL）の観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法の確立など、国が策定する高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインに基づき、高齢者がん患者に対する医療提供体制のあり方について検討します。

7 病理診断

【現状】

がん診療連携拠点病院においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて遠隔病理診断を用いることにより、全てのがん診療連携拠点病院で、術中迅速病理診断が可能な体制を確保することとしてきましたが、本県においては、依然として病理診断医等の不足が指摘されています。

また、がんの早期発見や早期診断を行うに当たり、細胞診検査⁴⁹が極めて有効であり、病院内での病理検査の一つとして、あるいはがん検診の主力検査として広く行われています。

国においても、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置は取り組むべき施策の一つとして掲げられていることから、その必要性が増しています。

がん治療の急速な進歩に伴い、様々な診断や治療法の開発が進む中、これらの専門的かつ高度な知識と技術を有する臨床検査技師の養成と適正配置が求められています。

しかし、学校教育の現場において、細胞診検査の学修及び細胞検査士の資格取得が可能となる環境が十分な状況ではありません。

【取り組むべき施策】

- 県は、2021年度に福島県立医科大学に設置する保健科学部（仮称）において、臨床検査技師の養成課程を設置し、細胞診検査を学ぶ環境整備を進めます。また、細胞検査士の資格取得を促進するとともに、高度な知識及び技術を備えた人材を輩出する環境を整備します。

8 がん登録

がん登録は、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎データである、がん患者の罹患、治療や生存その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がん患者を含めた県民の皆さんが、科学的根拠に基づく適切ながん医療を享受することができるために必要なものです。

【現状】

本県の院内がん登録⁵⁰は、全てのがん診療連携拠点病院と一部の医療機関で実施されています。また、福島県がん診療連携協議会を主体として、平成20(2008)年か

49 「細胞診検査」とは、顕微鏡で病変の細胞を観察し、がんかどうかなど、性質を詳しく調べる検査である。

50 「院内がん登録」とは、医療機関単位で行うがん登録であり、その病院での特徴などが明らかになるとともに、効果的な治療に役立つものとして期待されている。

ら院内がん登録の普及、実務者の育成を目的とした研修会の開催、平成 24(2012)年から拠点病院を中心とした院内がん登録のデータ分析を行っています。

地域がん登録については、本県では平成 22(2010)年度から事業を開始し、平成 20(2008)年から平成 27(2015)年までの罹患症例の収集・登録を行っており、平成 29(2017)年 3 月には、「福島県のがん登録〔2008-2012〕」を公表しました。

また、平成 28(2016)年 1 月より、がん登録等の推進に関する法律に基づく「全国がん登録⁵¹」が開始され、すべての病院と指定を受けた診療所の届出が義務化されました。全国がん登録により、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されるようになりました。

【取組による成果】

- 地域がん登録について、平成 20(2008)年の罹患症例からの収集・登録を行っており、平成 30(2018)年 1 月末現在で約 31 万 8 千件の登録を終えました。

項 目	H24(2012)年 (値)	現状(値)	目標(値)
院内がん登録を実施している医療機関数、地域がん登録に届出を提出している医療機関数を増やす	17	17	がん医療を担う全ての病院

※現状値 17 は、院内がん登録を実施し、かつ地域がん登録に届出を提出している医療機関数

【今後の方向性】

- 全国がん登録では、すべての病院と指定された診療所が届出の対象となり、初めてがん登録に携わる医療機関も多くあることから、各医療機関の登録担当者の知識や習熟度の向上を図っていきます。
- 全国がん登録によって得られた情報の利活用により、がんリスクやがん予防等についての研究の進展に資するとともに、正確な情報に基づくがん対策及び地域の実情に応じた施策の実施、患者やその家族等に対する適切な情報提供に努めます。

51 「全国がん登録」とは、日本でがんと診断されたすべての人のデータを国で 1 つにまとめて集計・分析・管理するもので、平成 28 年(2016 年)1 月に始まった。これにより、居住地域にかかわらず全国どこの医療機関で診断を受けても、がんと診断された人のデータは、国のデータベースで一元管理されている。

【取り組むべき施策】

- 県は、全国がん登録の仕組みや届出の方法、様々ながんの性質などを学ぶための研修会や個別相談会を継続して実施します。
- 県は、全国がん登録を推進するため、国等と連携し、がん登録の実務者の養成を行います。
- 全国がん登録によって得られた情報の利活用により、正確な情報に基づくがん対策及び各地域に応じた施策を実施していきます。
- 全国がん登録制度が円滑に実施できるようコーディネーターの配置等を行います。
- がん診療連携拠点病院は、福島県がん診療連携協議会等を通じて、互いに連携し、院内がん登録を一層充実させるとともに、国立がん研究センター等が提供する研修会を継続的に受講した実務者が、がん登録を行う体制を整備します。
- 福島県がん診療連携協議会において、院内がん登録データの分析評価等について協議を進め、県はこれらの情報を活用し、がん対策の企画立案等を行い、がん対策の充実を図ります。

9 医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組

【現状】

がん医療の進歩は目覚ましいですが、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっています。

こうした問題に取り組むため、国では、医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきています。しかしながら、希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されております。

一方、国は平成28（2016）年4月に国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応え、保険外併用療養費制度の中に、「患者申出療養制度」を創設しました。これは、先進的な医療を安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするための制度です。本県で患者申出療養を実施している医療機関は、次の2病院（平成29（2017）年5月2日現在）となっています。

- ・ 公立大学法人福島県立医科大学附属病院
- ・ 一般財団法人慈山会 医学研究所附属 坪井病院

また、患者申出療養相談窓口設置医療機関は、公立大学法人福島県立医科大学附属病院臨床研究センターとなっています。

がんの先進治療を行っている医療機関に対する県の取組としては、一般財団法人脳神経疾患研究所における、ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）の機器設置、研究開発に対する補助を行っています。BNCTは、周辺の正常細胞への影響を抑える治療法として大変期待されており、病院としては世界初のシステムとなります。

がん治療等の医薬品開発関連に対する県の取組としては、福島県立医科大学に整備した「医療－産業トランスレーショナルリサーチセンター（TRセンター）」に対する補助を行っています。TRセンターでは、がん治療等に対する医薬品の創出に貢献する研究を行うとともに、医療界と産業界を円滑に橋渡しすることにより、がんを中心とした諸疾患の新規治療薬・診断薬・検査試薬や医療機器などの開発支援を多面的に行うための拠点の形成を目的としています。

第3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がん患者にとって、がんと診断されたときから身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制の整備や、患者と家族が、その地域において、確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるよう、がん相談支援センターが中心となり、これらの相談に対応できる環境の整備が必要となっています。

また、がんと共生していくためには、患者本人ががんと共存していくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要です。がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備が必要であり、そのためには、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することが求められています。

1 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（1）緩和ケアの提供及び緩和ケア研修会について

がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、身体的苦痛のコントロールだけでなく、がん患者やその家族が抱える様々な恐怖や不安に対する精神的なサポートを含めた、全人的な緩和ケアが治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、切れ目なく適切に実施される必要があります。

全人的緩和ケアを行っていくために、緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得した医師を中心として、精神的症状を担当する医師、心理療法士、看護を担当する看護師、薬物療法に関する情報提供や投薬に関わる薬剤師及び生活や経済的な問題について相談を受けるソーシャルワーカーなどからなる緩和ケアチームの対応も求められています。

【現状】

緩和ケアチームの設置が、がん診療連携拠点病院の指定要件であり、本県のがん診療連携拠点病院にも緩和ケアチームが設置されています。

また、がん診療連携拠点病院以外にも、緩和ケアチームを設置し、活動している病院もあります。

緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、まず、がん診療に携わる医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があります。

すが、まだ十分な状況にはありません。

【これまでの取組内容】

- がん診療連携拠点病院により、緩和ケア研修会が実施されました。
- 緩和ケア研修会では、患者団体連絡協議会の特定非営利活動法人がんピアネットワークふくしまが参加し、患者の声を医療の現場に反映させています。

【取組による成果】

- 福島県で緩和ケア研修会を受講修了した医師が1,213人、医師以外の医療従事者が764人（平成29(2017)年11月17日現在）となっています。

項目	H24(2012)年 (値)	現状(値)	目標(値) [H29(2017)年]
緩和ケア病棟数を 増やす	2	6 (平成28(2016)年8月現在)	10

※現状値は、平成28(2016)年医療施設調査による。

- 平成26(2014)年8月現在、県内の緩和ケア病棟を有する病院は6病院（わたり病院、坪井病院、星総合病院、竹田総合病院、会津医療センター附属病院、福島労災病院）で、病床数は121床となっています。

○緩和ケア病棟を有する病院として次の医療機関があげられます。

地域	医療機関名	病床数
県北	医療生協わたり病院	15
県中	一般財団法人慈山会医学研究所附属 坪井病院	18
	公益財団法人星総合病院	16
会津・ 南会津	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院	15
	公立大学法人福島県立医科大学 会津医療センター附属病院	25
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院	32

【今後の方向性】

- がん診療連携拠点病院等と連携して更に緩和ケア研修会を実施していく必要があります。
- 緩和ケア病棟のない医療圏もあることから、整備を進めていく必要があります。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
緩和ケア病棟のある医療機関数を増やす	H35(2023)年	6 (平成28(2016)年8月現在)	12

※現状値は、平成28(2016)年医療施設調査による。

【取り組むべき施策】

- 県は、がん診療連携拠点病院、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟⁵²、在宅療養支援診療所⁵³、薬局、訪問看護ステーション⁵⁴及び訪問歯科診療を実施する歯科診療所等による地域連携を推進します。
- 県は、身体的な苦痛の対応だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、治療時期や患者の療養場所を問わず提供できる体制を整備するため、医療機関等に対する普及・啓発を行います。
- 県は、がん診療に携わる医師が、緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくために、医師を対象とした普及・啓発を行うほか、がん診療連携拠点病院等と連携して、緩和ケアに関する研修を行います。
- 県は、引き続きがん診療連携拠点病院等と連携して、医師以外の看護師、薬剤師等に対しても緩和ケアに関する研修を行います。
- がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁵⁵の提供が可能となるよう、緩和ケア研修会等の内容に追加することを検討します。
- がん診療連携拠点病院は、緩和ケアの専門的な知識や技能を有する医師及び看護師が専断的に緩和ケアに携わることができる体制の整備に努めます。

52 「緩和ケア病棟」とは、終末期の患者の対応として延命のための治療よりも、身体的苦痛や死への恐怖をやわらげることが目的とした、医療的・精神的・社会的援助を行う施設等をいう。

53 「在宅療養支援診療所」とは、在宅医療を提供している患者からの連絡を24時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所のことである。平成18(2006)年度の医療保険制度の改正により、新しく設置された。

54 「訪問看護ステーション」とは、家庭等で療養されている方で、寝たきりやそれに近い状態で通院が困難な場合に、その方が住んでいる場所に看護師等が訪問し、医師の指示に基づいて療養上のお世話や診療上の補助を提供する事業であり、また、人員や施設基準を満たし、都道府県知事の指定を受けて設置された事業所。

55 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

- がん診療連携拠点病院は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速な対処に努めます。
- がん診療連携拠点病院を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保します。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にします。さらに、患者とその家族に相談窓口を案内するなど、医療従事者から積極的な働きかけを行う等、実効性のある取組を進めます。
- がん診療連携拠点病院は、在宅においても適切な緩和ケアを受けることが可能となるよう専門的な緩和ケアを提供できる外来の設置に努めます。
- 県は、患者の意向に応じた専門的な緩和ケアの提供ができるようにするため、緩和ケア病床の充実を図るよう、医療機関に働きかけます。

(2) 普及啓発について

【現状】

緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者を含む県民に十分周知されていない状況にあります。

【今後の方向性】

- 県は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築するため、拠点病院等の関係機関と連携して、関係者等に対して、正しい知識の普及啓発を行います。
- 県は、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用麻薬を含む医薬品の適正使用を推進します。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用についても検討します。
- 拠点病院等のがん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事者も含めた院内研修の定期的な実施に努めます。

2 相談支援及び情報提供

【現状】

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、各がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応していくことが求められています。

がんと診断されたとき、がん患者及びその家族には大きな動揺が生じることから、こうしたがん患者及びその家族に、がんに関する正しい情報を伝え、適切な治療法を選択できるようアドバイス等を行うとともに、がん患者とその家族を支援する体制の整備が必要とされています。

がん診療連携拠点病院に設置された相談支援センターへの相談件数は、年々増加し、患者の療養生活が多様化する中で相談内容も多様化しております。しかしながら、平成 26 (2014) 年度の患者体験調査⁵⁶では、がん相談支援センターの利用率は 7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者ががん相談支援センターを十分利用するに至っていないという現状が明らかになりました。この結果からも相談支援センターの存在をはじめ、その機能や、がんに関する情報を、がん患者を含む県民に対して、さらに普及啓発を強化する必要があります。

また、がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、県ではピア・サポート⁵⁷研修を行い、ピア・サポーターを養成しています。

県内には患者会 (11 団体) と患者支援団体 (5 団体) があり、がん患者とその家族、または遺族の方々がお互いの体験を分かち合い、支え合うとともに、ホスピスケアや人生の最終段階における医療に関する研修会を開催している団体もあります。しかし、患者団体等の存在及び活動についても、同様にがん患者を含む県民に十分に伝わっていないとの指摘もあります。

【これまでの取組内容】

- がん診療連携拠点病院では、相談支援センターを設置し、がん患者やその家族等からの相談に応じています。
- 平成 28 (2016) 年度のがん診療連携拠点病院の相談支援センターでの相談支援実績は、22,146 件となっています。
- がんピアネットワーク支援構築事業により、平成 29 (2017) 年 12 月現在では、県内 10 か所でピア・サポートサロンを計 63 回開催し、患者、家族、医療者等 606 名の参加がありました。また、平成 29 (2017) 年度は県南地区 (白河市)、奥会津地区 (柳津町)、南相馬地区 (南相馬市) で新たに開設しました。
- ピア・サポーター養成研修を行い、平成 28 (2016) 年度は 15 名、平成 29 (2017) 年度は 29 名を養成しました。

56 平成 26 (2014) 年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

57 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア (仲間) として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

- 福島県がん診療連携協議会相談支援部会では、がん相談支援センターが整備されていない地域に出向き、講演会、出張がん相談を行いました。

(平成 28(2016)年度は南会津地域、平成 29(2017)年度は相双地域で開催。)

【取組による成果】

項 目	H23(2011)年(値)	現状(値)	目標(値)
がん対策情報センターによる研修を修了した者が配置されている相談支援センター数を増やす	9 (H23年1月1日)	10	12

※現状の値は、第七次福島県医療計画策定に係る病院調査より。

【今後の方向性】

- 患者と家族が、その地域において確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるよう、相談支援センターの存在をはじめ、その機能や、がんに関する情報について、療養支援冊子やホームページ等による周知を図ります。
- 相談支援センターにおいて、多様な相談に対応出来るよう人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対する更なる研修の機会を確保していきます。
- ピア・サポーターの養成を引き続き行うとともに、ピア・サポーターの質向上と医療機関との連携強化を目指します。

【目標・目標値】

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)
がん対策情報センターによる研修を修了した者が配置されている相談支援センター数を増やす	H35(2023)年	10	12

※現状の値は、第七次福島県医療計画策定に係る病院調査より。

【取り組むべき施策】

- がん診療連携拠点病院は、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れを行うとともに、県民に対して緩和ケアをはじめとするがん医療が身近なものと感じられるように一層の情報発信に努めます。

- がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していくとともに、がん患者本人はもとより家族に対する心のケア（精神的支援）が行われる相談支援体制の構築に努めます。
- がん診療連携拠点病院は、がん患者やその家族と医療従事者との間での意思の疎通が円滑に図られるようにするため、相談支援センター等の機能の充実に努めます。
- がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、がんに関する一般的な事項のほか、我が国における医療機能情報の分かりやすい提供をはじめ、地域における連携体制の状況や各医療機関の専門分野等の情報提供の充実に努めます。
- 県は、ホームページ等によりがん患者団体やがん患者支援団体等の情報（ピア・カウンセリング等の患者支援の情報）を広く県民に周知し、必要に応じて、がん患者やその家族がこれらの団体について情報を入手できるようにするとともに、これらの団体間の情報交換等を促進します。
- 県は、がん診療連携拠点病院等に設置されているがん患者サロンの取組についてホームページ等で紹介する等の支援を行います。
- がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、がん対策情報センター⁵⁸が発する抗がん剤に関する安全情報の提供等を行っていくとともに、がんに関する正しい知識の普及、健康被害の未然防止や拡大防止のため、国の機関等が発する科学的根拠のある情報を継続的に収集・蓄積し、幅広い情報提供に努めます。
- 県は、がんに関する情報について、インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにするため、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携等について、がん診療連携拠点病院、がん診療を行っている医療機関などに周知します。
- 県は、がん患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関等において、治療法の選択等に関する助言（セカンドオピニオン）を受けられるような体制の整備を、がん診療に

58 「がん対策情報センター」とは、一般的ながん情報のみならず、がん専門病院に関する情報や、がん患者やその家族の生活を支援する情報などを、解りやすい形で広く提供することを目的に、国立がん研究センターに設置された情報センターである。当該センターは、がん医療情報提供機能のほか、がんサーベイランス（調査監視）、他施設共同研究、がん診療支援、がん研究企画機能及び情報システム管理機能を有している。

携わる医療機関に対して働きかけていきます。

- 県は、県民ががんに関する情報を身近に収集できる環境を整備するため、福島県がん診療連携協議会相談支援部会と図書館等の公的施設との連携を支援します。

3 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

【現状】

在宅での療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、入院可能な病床が確保されていることは安心につながります。しかしながら、がん診療連携拠点病院をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制は、十分に整備されておらず、このような状況において、切れ目なく、質の高いがん医療を提供するためには、がん診療連携拠点病院等の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療の質の向上を図っていく必要があります。

がん診療連携拠点病院が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供するために策定している「地域連携クリティカルパス」については、運用している病院や症例について差があります。

また、平成 18(2006)年度に基準が改正され、介護保険において、がん末期の 40 歳から 64 歳までの者に対しても介護保険の保険給付を可能とするとともに、療養通所サービスの創設など、在宅療養をしている、がん末期患者を含めた中度・重度の要介護者へのサービスの充実が図られました。

しかし、現行の制度では、要介護認定の手続きに時間を要し、病状が短期間に変化するがん末期患者の介護サービス利用に支障をきたしている現状があり、迅速な要介護（要支援）認定の実施が必要となります。

さらにはがん治療の過程における口腔管理の実施が患者の負担軽減に期待が持てることから、患者の周術期管理体制整備が重要とされています。歯科医療機関には口腔管理によるがん治療の支持と患者のQOL(生活の質)の維持・向上が求められています。

【これまでの取組内容】

- 県は、在宅緩和ケアに携わる医師、看護師、薬剤師、介護福祉士等を対象とした在宅緩和ケアに関する研修を実施しています。
- 「末期がん」の方の要介護認定等の取扱いについては、各市町村が迅速な要介護（要支援）認定の実施及び介護サービスの迅速な利用のための対応を行っています。

【取組による成果】

- 平成 29 年 1 月 31 日現在、本県でがんの地域連携クリティカルパスを運用している病院は 9 病院で、症例件数は、胃がん 60 件、胃がん内視鏡 109 件、肺がん 37 件、肝臓がん 10 件、大腸がん 60 件、前立腺がん 139 件、乳がん 1 件となっています。

【今後の方向性】

- 地域連携クリティカルパスについては、がん診療連携拠点病院ごとに運用の状況に差があります。今後は地域連携クリティカルパスが実効性をもって運用できるようにあり方を検討する必要があります。（再掲）
- がん患者が療養していくなかで、アドバンス・ケア・プランニング⁵⁹を含む患者ケアができる医療従事者を育成し、終末期ケアまで含めた、患者に寄り添う医療を目指します。
- 患者の意向を踏まえて、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるようにする必要があります。
- 要介護（要支援）認定は、訪問調査の結果と主治医意見書をもとに、介護認定審査会で審査・判定され、市町村が認定結果の通知を行います。が、「末期がん」の方の要介護（要支援）認定がより速やかに行われるよう取り組んでいきます。
- 認定結果が出る前の段階であっても、市町村の判断により、暫定ケアプランの作成により、介護サービスの利用を開始することができるようにしていきます。

【取り組むべき施策】

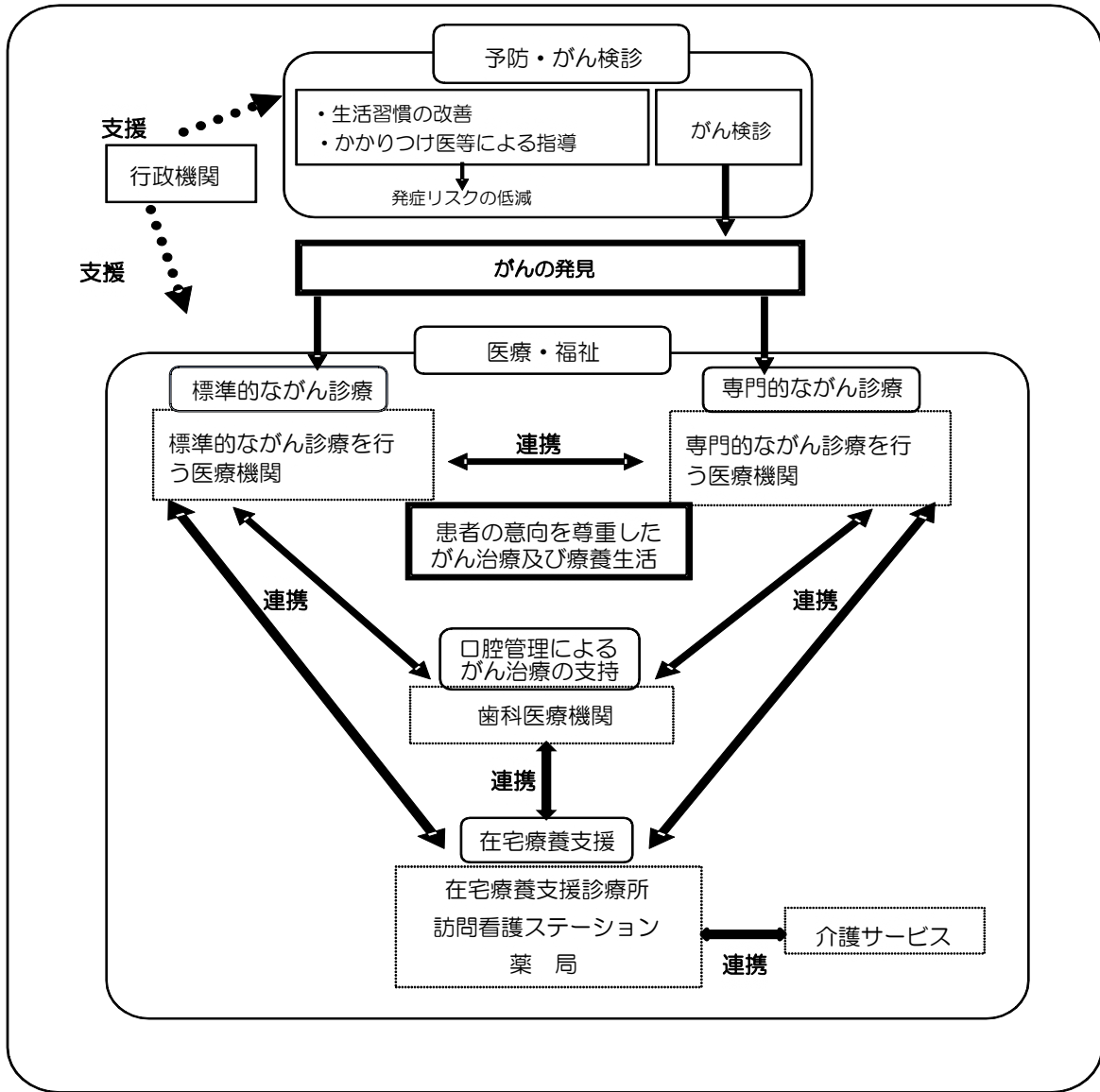
- 県は、がん診療に携わる医療機関に対して、退院後もがん治療を継続する患者に対する情報提供、相談支援及び服薬管理指導を一層充実するよう働きかけます。
- 県は、各地域の特性を踏まえ、がん診療に携わる医療機関や訪問看護ステーション・薬局・介護サービスが連携して在宅医療を実施できる体制を整備するよう働きかけるとともに支援します。
- 県は、訪問看護に従事する看護師の養成を行うとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを適切に提供できる人材の養成及びがん患者とその家族を支援する在宅緩和ケアボランティアの育成に努めます。
- 医療関係者と介護関係者等が、患者が充実した在宅での療養生活を送れるよう退院調整を行っていきます。
- 県は、レスパイトケア⁶⁰を希望する患者家族等のための地域支援サービスについて検討を行います。

59 「アドバンス・ケア・プランニング」とは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと。

60 「レスパイトケア」とは、自宅で療養中の方を日常的にケアしている家族など、介護者のストレスを軽減するため、介護者が外出しやすいよう、一時的に代わって行われるケアをいう。

- 県は、薬局、薬剤師の機能を有効に活用し、がん患者のQOLを高めるため、かかりつけ薬剤師・薬局の普及に努めるとともに、かかりつけ薬剤師・薬局の在宅医療への参画を促します。
- 県は、薬局における無菌調剤室の整備を支援し、その共同利用により、在宅での緩和ケア等の体制を強化するとともに在宅医療提供体制の充実に努めます。
- 県は、がんの治療過程における口腔管理のため、拠点病院が歯科医師及び歯科衛生士を配置又は外部からの派遣を受け、患者の周術期等の口腔管理や退院時における歯科診療所等の紹介を行う取組を支援します。
- 県は、福島県がん診療連携協議会等と連携し、がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい専門職等を育成し確保するため、在宅における緩和ケアの関係者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対して、がん診療連携拠点病院等が実施する緩和ケア研修会への参加を促進するための周知等について協力します。
- 県は、現任の介護支援専門員に対し、経験期間に応じた現任研修を実施し資質の向上に努めるとともに、資格を更新（5年間）する者に対する更新研修を実施し、質の確保を図ります。
- 県は、「末期がん」の方の要介護（要支援）認定と介護サービスの利用が、迅速に行われるようにするため、引き続き、研修会の開催や市町村に技術的助言を行う等の支援を行っていきます。

福島県のがん診療等連携体制



4 がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

（１）就労支援について

【現状】

平成24(2012)年では、県内において、13,939人ががんに罹患している一方、がん医療の進歩とともに、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している人も多くなっております。

一方、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多いのが現状です。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されています。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定されます。

また、拠点病院の相談支援センターによせられる相談でも、就労、経済面、家族のサポートに関する事など、医療のみならず社会的な問題に関するものが多くなっています。しかしながら、必ずしも相談員が就労等に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念されます。

【今後の方向性】

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、関係機関・団体等と協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解の推進、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立の支援を検討します。

【取り組むべき施策】

- 県は、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者・家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等について、国が行う検討を注視し、適宜普及啓発や情報発信を行っていきます。
- 県は、拠点病院の相談支援センター等の相談窓口において、がん患者及び家族である求職者に対し、就労と生活支援を含む総合的な就職支援を行います。
- 県は、がん患者の就労支援のため、関係機関と連携しながら企業への周知に努めます。
- 医療機関は、患者が働きながら治療を受けられるよう配慮に努めることが必要となる一方、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図ることも必要です。
- 事業者は、がん患者が働きながら治療・療養できる環境の整備、家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めるなど「健康経営」の視点を取り入れることが重要です。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意することが必要です。

(2) 就労以外の社会的な問題について

【現状】

近年、医療技術の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められています。

社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることや、通院等に伴う経済的な課題、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）、診療早期における生殖機能の温存や、後遺症、性生活（セクシャリティ）に関する相談支援並びに情報提供の体制が構築されていないこと等が課題となっています。

【取り組むべき施策】

○県は、がんに対する「偏見」の払拭や県民全体に対する健康についての啓発につながるよう、学校における教育の他、民間団体や患者団体等の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設けます。

○県は、国の検討状況を踏まえながら、がん患者のQOL向上を目指し、的確な時期に治療の選択ができるよう、相談支援及び情報提供のあり方や治療に伴う障がい、精神負担等にも配慮した相談支援体制の構築について検討します。

5 ライフステージに応じた支援

(1) 小児・AYA世代について

【現状】

小児・AYA世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている者がいることから、治療による身体的、精神的な苦痛を伴いながら学業を継続することを余儀なくされています。さらに、治療は長期にわたるため、疾病をかかえる患者及びその家族の負担軽減や長期療養をしている小児がん患者等の自立や成長支援が必要となります。このため、小児がん患者等が治療を受けながら学業が継続できるように、医療機関に併設されている病弱特別支援学校において、入院中の児童生徒への教育が行われています。

また、公立小中学校には病弱・身体虚弱の特別支援学級があり、病弱・身体虚弱

の児童生徒が普通学級の児童生徒と交流授業や行事をとおして学ぶ機会を整備しています。

しかし、退院後の小・中学校での受け入れ体制の整備等の教育環境及び支援体制のさらなる強化が求められています。

小児がんには、病気そのものからの影響や、手術、放射線治療、薬物療法などの治療に伴って生じる晩期合併症があります。晩期合併症は年齢や成長・発達に伴い明らかになる場合や、治療終了後長期間を経過してから症状が現れることがあり、小児がん経験者の就労支援については、小児期から成人期への切れ目のない支援が必要となります。

AYA 世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療が受けられないおそれがあります。ほかの世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくいとされています。また、AYA 世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能温存等に関する情報・相談支援体制等が十分ではありません。心理社会的状況も様々であるため、個々の AYA 世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等が求められています。(再掲)

認定特定非営利活動法人パンダハウスを育てる会では、遠方からの患者とその家族の宿泊施設である「パンダハウス」を運営しており、これまで多くの方が利用しています。

【これまでの取り組み内容】

- 小児慢性特定疾病対策事業により医療費の自己負担分を補助することで、患者家庭の負担軽減を図るとともに、医療機関からの療育相談指導連絡票等に基づき、市町村と連携し、相談支援や交流の機会を提供することで、児童の自立促進や家族の精神的支援を図っています。
- 小児がん患者が治療を受けながら学業が継続できるように、小児がんの治療を担う医療機関に併設されている病弱特別支援学校において、入院中の児童生徒への教育を行っています。
- 福島県立医科大学附属病院で入院治療を行っている3~5歳の未就学児については保育士が中心となって対応しています。

- 福島県立医科大学附属病院では、入院中の高校生について進級や卒業、退院後の通学などの不安を少なくするために、自主学習ができる場を設けるなど、学習や相談の支援体制を整えています。

【取り組みによる成果】

- 遠方からの患者とその家族のための宿泊施設である「パンダハウス」が平成9(1997)年に開設しましたが、利用者の増加や長期利用の希望等に対応が難しい状況あり、利用者の多様なニーズに応えるため、増改築を行い、平成29(2017)年3月に増築が完成したことで、難病と闘う子どもとその家族への宿泊支援が充実しました。

【取り組むべき施策】

- 県は、小児慢性特定疾病対策事業により、患者家族の医療費の負担軽減に取り組みます。(再掲)
- 県は、医療機関からの療育指導連絡票等に基づき、小児がんの児童及びその家族等に対して、家族看護、福祉制度の紹介、精神的支援、学校との連絡調整など日常生活に関する相談支援を行います。また、家族同士が情報交換や交流できる機会を提供します。(再掲)
- 県は、小児がん、AYA世代のがん患者の教育的ニーズに対応するため、教育についての相談を行っている相談機関を広く周知していきます。
- 県は、在宅療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備に努めます。
- 県は、退院後の小・中学校での受け入れ体制等の教育環境の整備に向けて、復学時・復学後の病弱特別支援学校による相談支援の充実に努めます。
- 県は、関係機関と連携し、入院中の高校生に対する教育支援体制のさらなる整備に努めます。
- 小児がん経験者や治療を継続している新規学卒者に対する就労支援については、県内各地に配置している進路アドバイザーを活用し、生徒一人ひとりにきめ細かな就労支援に努めます。
- 県は、治療に伴う生殖機能等への影響など、世代に応じた問題について、医療従事者が患者に対して治療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて、適切な生殖医療を専門とする施設に紹介できるための体制の構築に努めます。

(2) 高齢者について

【現状】

高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にある認知症の症状が悪化する場合がありますため、がん医療における意思決定等について、一定の基準が必要と考えられていますが、現状ではそのような基準はありません。

高齢者ががんに罹患した際には、医療と介護が連携して適切ながん医療を受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、がんに関する十分な知識が必要とされています。

【今後の方向性】

県は、国が策定する高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインに基づき、高齢のがん患者に対する支援体制のあり方について検討します。

第4 これを支える基盤の整備

1 がん研究

これまで、国の研究等により、各種がんの早期発見の技術や標準的治療が確立されてきました。

しかしながら、依然として、小児がん、希少がん及び難治性がんについては、標準的治療や診療ガイドラインがないがん種があること、必ずしも科学的根拠がない治療が提供されていること、臨床研究における症例集積が困難であること等に加え、医療従事者に対する臨床研究に関する情報提供が分かりやすくなされていないことが新たな治療開発の障壁となっています。

がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上を実現していくためにも、がんに関する研究は一層進めて行く必要があります。

ゲノム医療に関しては、がんゲノム医療中核拠点病院と連携して、がんゲノム医療を提供できる体制の整備について検討を進めます。

県としても、国に対して、がん研究の一層の推進について要請していきます。

2 人材育成

【現状】

本県では、医師数が不足していることに加えて、地域によって、がん医療を担う医療機関等やがん診療に関連した専門医等の偏在があります。

現在、福島県立医科大学においては、東北大学、山形大学及び新潟大学と連携し、文部科学省の助成による「東北次世代がんプロ養成プラン」⁶¹（2017年度から2021年度）で専門の医師、看護師及び薬剤師等の育成を行っています。

がん医療については、これまでの知識や技術に併せ、医療技術の進歩やライフステージに応じた対応等が必要とされており、これらの知識や技術を習得した看護師等の育成が求められています。

また、学校教育の現場において、がんリハビリテーションを学べる環境が少なく、理学療法や作業療法における理論や実践的な現場に触れられる機会が十分な状況でないことから、この処置を行える医療従事者が不足しています。（再掲）

61 「東北次世代がんプロ養成プラン」とは、福島県立医科大学、東北大学、山形大学、新潟大学の4大学協定による共同プランである。福島、宮城、山形、新潟の4県の地域のがん医療水準を向上させるために、がん診療連携拠点病院と連携して放射線治療、化学療法、緩和医療、外科医療、歯科治療の専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士などのがん専門医療者を養成する大学・地域一体の包括教育プログラムとなっている。平成19年度から実施しており、平成29年度からの第3期プランでは、がんゲノム医療や小児・AYA世代から高齢者までライフステージに応じたケアのできる医療者を育成する。文部科学省の補助事業。

がんの早期発見や早期診断を行うに当たり、細胞診検査が極めて有効であり、病院内での病理検査の一つとして、あるいはがん検診の主力検査として広く行われています。

さらに、がん治療の急速な進歩に伴い、様々な診断や治療法の開発が進む中、これらの専門的かつ高度な知識と技術を有する診療放射線技師の養成と適正配置が求められています。

学校教育の現場において、細胞診検査の学修及び細胞検査士の資格取得が可能となる環境が十分な状況ではありません。また、県内には診療放射線技師を養成する機関がありません。

【これまでの取組内容】

- 福島県立医科大学において、「東北次世代がんプロ養成プラン」を実施している他、県内の各地域がん診療連携拠点病院において、緩和ケア研修会を行っています。
- 県では、がん看護の臨床実践能力の高い看護師を養成するため都道府県がん診療連携拠点病院である福島県立医科大学附属病院において、平成 19(2007)年度より実務研修を行っています。平成 28(2016)年度の修了者は、がん看護臨床実務研修で 13 名、フォローアップ研修で 37 名となっています。また、平成 29(2017)年度、研修内容を見直し、研修期間をこれまでの 30~40 日間から 7 日間とする一方で、研修を実施する拠点病院を拡大しました。(福島県立医科大学附属病院の他、坪井病院、竹田総合病院で実施。)
- 平成 24(2012)年度から認定看護師の養成に関する補助を実施し、県内のがん診療に携わる専門性の高い認定看護師数⁶²は、緩和ケア分野で 27 名、がん性疼痛看護分野で 10 名、がん化学療法看護分野で 22 名、がん放射線療法分野で 2 名、乳がん看護分野で 4 名となっており、合計で 65 名です(平成 29(2017)年 11 月現在)。
- 福島県立医科大学附属病院において、平成 26(2014)年度より医療従事者を対象とするがんリハビリテーションに関する研修会を実施しています。(再掲)

【取組による成果】

- 継続した研修の実施や認定看護師等の養成に対する補助により、がん看護の専

62 「認定看護師」とは、日本看護協会認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいう。

門的な知識・技術を習得した認定看護師や看護職員が確実に増加しています。

- がんリハビリテーションにおいて、医療専門職が現場で働くために必要な知識やスキルを身に付けています。

【今後の方向性】

- 県は、がん専門の医師、看護師、薬剤師等の育成を行う福島県立医科大学と連携し、専門医の県内定着に努める必要があります。
- 県は、引き続き、がん看護に関する研修を実施するとともに、認定看護師等の養成に対し支援を行います。
- 県は、がんリハビリテーションの内容及び処置を熟知した人材を養成する機会を創出します。
- 県は、細胞診検査の内容及び細胞検査士の資格を取得した人材を養成する機会を創出します。
- 県は、診療放射線技師を養成する機会を創出します。

【取り組むべき施策】

- 県は、放射線療法及び薬物療法の専門医をはじめ、がん専門の医師、看護師、薬剤師等の育成を行う福島県立医科大学と連携し、専門医の県内定着に努めます。
- がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療を推進していくため、専門的にがん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者の研修を更に充実させるとともに、これらの医療従事者が協力して診療に当たる体制整備に努めます。
- がん診療連携拠点病院は、専門的にがん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者を育成し確保するため、これらの者が研修等を受けやすい環境整備に努めます。
- 県は、質の高いがん医療が提供できるよう、がん診療に携わる専門性の高い認定看護師の資格取得を支援します。
- 県は、進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組みが確保できているかどうかについて、国等と連携して必要に応じて検証を行います。
- 歯科医療機関にあっては、がんと口腔管理の関連性を踏まえた処置及び口腔衛生指導を実施します。
- 2021年度に福島県立医科大学に設置する保健科学部（仮称）において、理学療法士や作業療法士の養成課程を設置し、がんリハビリテーションに対応できる人材を育成する環境の整備に努めます。また、同様に、臨床検査技師の養成課程を設置し、細胞診検査を学ぶ環境を整備し、細胞検査士の資格取得を促進します。さらに、診療放射線技師の養成課程では、高度な知識及び技術を備えた人材を輩出する環境を整備します。

3 がん教育・がんに関する知識の普及啓発

(1) がん教育

【現状】

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいます。

文部科学省では、がん教育の定義を「がん教育は健康教育の一環として、がんについての正しい理解と、がん患者や家族などのがんと向き合う人々に対する共感的な理解を深めることを通して、自他の健康と命の大切さについて学び、共に生きる社会づくりに寄与する資質や能力の育成を図る教育である。」としています。

その取組として、平成26(2014)年度より、「がんの教育総合支援事業」を行い、全国のモデル校等において、がんの教育に関する多様な取組を支援するとともに、外部講師の活用に関するガイドラインや学校において効果的な指導が行えるよう、教材や参考資料を作成し、がんの教育を推進しています。

新学習指導要領では、中学校保健体育の保健分野で「がんについても取り扱うものとする。」と明記され、「生活習慣病などの予防」の中でがんの予防を学習することになっています。具体的な内容としては、がんの正しい知識やがんの原因、早期発見の重要性、がん患者への理解と共生について学びます。また、がん教育が健康教育の一環として行われることから、学校の実情に応じて教育活動全体を通じて適切に行うことになっています。

これらを踏まえて、より効果的ながん教育を推進するためには、教員のがんに対する知識や理解を深める必要があります。さらに外部講師の活用では、学校において指導する際の留意点⁶³等を十分認識した医師やがん患者等の外部講師の確保が課題となっています。

【これまでの取組内容】

県教育委員会では、専門家派遣事業の中でがんの教育の講師派遣を行っています。また、文部科学省から示されたがん教育推進のための教材を、市町村教育委員会を通じて各学校に配付し、学校の実状に合わせて効果的に活用されるよう働きかけ、さらに養護教諭を対象とした研修の中でがん教育を取り上げ、新学習指導要領に対応した

63 がん教育の実施に当たっては、以下のような事例について授業を展開する上で配慮が求められるとされている。①小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合、②家族にがん患者がいる児童生徒や、家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合、③生活習慣が主な原因とならないがんもあり、特に、これらのがん患者が身近にいる場合、④がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合（出典：外部講師を用いたがん教育ガイドライン；文部科学省）。

指導ができるよう先進事例の紹介を行っています。

【今後の方向性】

- 子どもの頃から健康と命の大切さを学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深められるよう医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、健康教育の一環としてがん教育を推進します。
- 教育現場でがん教育にあたる教職員に対して、がんに関する教材や指導参考資料の具体的な活用等について、理解を深める必要があります。
- 県内各地域において、外部講師によるがん教育を導入できるよう医師会や患者団体及びがん拠点病院等の関係団体の協力のもとがん教育を推進できる体制を整備する必要があります。

【目標】

地域の実情に応じて、関係団体等の協力のもと外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実を図ります。

【取り組むべき施策】

- 県は、がん教育が学校の教育計画の中に位置付けられ、年間の指導計画の中で横断的に他教科との関連を持たせながら効果的に進められるよう支援します。
- 県は、教職員のがんに対する理解を深めるため、がん教育の研修を行います。
- 県は、引き続き専門家派遣事業を継続し、がん教育を推進します。
- 県は、教育効果の確認や事業の適切さを評価するため、推進委員会等を組織し、評価を活かしてがん教育を推進します。
- 県は、県内各地区で学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながらがん教育が実施できるよう、医師会や患者団体及びがん拠点病院等の関係団体の協力のもと県内のがん教育協力体制の整備を進めます。
- 県は、がん教育に携わる外部講師の研修の機会を設け、がん教育を推進します。

(2) がんに関する知識の普及啓発

【現状】

患者を含めた県民に対するがんの普及啓発は、がん診療連携拠点病院等のがん相談支援センターにおいて、がんに関する情報提供を行っています。その他、ピンクリボン運動⁶⁴やリレーフォーライフ⁶⁵等のキャンペーン、がん検診の普及啓発など様々な形で行われています。

【今後の方向性】

県民に対しては、がんの普及啓発活動をさらに進め、がん予防や早期発見につながる行動を促し、自分や身近な人ががんに罹患しても、それを正しく理解し、向かい合うことを促します。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うために、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境の整備を行います。

家族についても、患者の病状（正しい理解）、患者の心の変化、患者を支える方法、患者の家族自身も心身のケアが必要であること等を学べる環境の整備を行います。

【取り組むべき施策】

- 県は、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援します。
- 県は、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化し、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援します。

64 「ピンクリボン運動」とは、乳がんの正しい知識を広め、乳がん検診の早期受診を推進するなどを目的として行われる世界規模の啓発キャンペーン。

65 リレーフォーライフとは、アメリカでは1985年に始まった「がん患者支援チャリティーイベント」。参加者はチームを作り、夜通し交代で会場を周回し語り合いながら、がんへの理解を深める。がんサバイバー（長期生存者という意味ではなく、がんと共に自分らしく生ある限り生きる者）、家族、遺族と参加者全員が勇気や希望そして感謝を分かち合う活動。

Ⅲ 資料編

1 平成27年 福島県の性・年齢（5歳階級）・主要死因（死因分類）別死亡数（人）

死因 年齢	総数			がん			心疾患(高血圧性除く)			脳血管疾患			肺炎		
	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数	24,205	12,155	12,050	6,302	3,736	2,566	4,110	1,920	2,190	2,478	1,105	1,373	2,026	1,089	937
0～4歳	44	28	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
5～9歳	7	4	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
10～14歳	4	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15～19歳	27	18	9	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20～24歳	35	27	8	4	3	1	2	2	0	0	0	0	1		1
25～29歳	48	37	11	4	0	4	3	3	0	1	1	0	2	1	1
30～34歳	67	48	19	14	4	10	4	4	0	1	1	0	3	1	2
35～39歳	85	53	32	20	5	15	14	11	3	5	3	2	2	2	0
40～44歳	146	97	49	51	29	22	13	9	4	14	9	5	3	3	0
45～49歳	219	139	80	71	30	41	37	27	10	20	13	7	0	0	0
50～54歳	357	224	133	142	78	64	52	38	14	34	17	17	6	6	0
55～59歳	537	367	170	234	136	98	73	64	9	39	29	10	12	11	1
60～64歳	973	701	272	443	295	148	149	117	32	64	49	15	35	30	5
65～69歳	1,430	999	431	670	470	200	211	144	67	101	68	33	55	42	13
70～74歳	1,788	1,213	575	724	491	233	235	168	67	162	103	59	106	85	21
75～79歳	2,672	1,641	1,031	936	589	347	434	252	182	259	143	116	176	125	51
80～84歳	4,200	2,361	1,839	1,160	711	449	719	372	347	470	251	219	379	240	139
85～89歳	5,407	2,475	2,932	1,108	609	499	1,030	415	615	630	255	375	530	284	246
90～94歳	4,060	1,289	2,771	556	229	327	752	220	532	472	132	340	495	202	293
95～99歳	1,709	368	1,341	145	54	91	321	65	256	164	28	136	188	52	136
100歳～	390	64	326	14	1	13	61	9	52	41	2	39	32	5	27
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65歳未満	2,549	1,745	804	989	582	407	347	275	72	179	123	56	65	54	11
65歳以上	21,656	10,410	11,246	5,313	3,154	2,159	3,763	1,645	2,118	2,299	982	1,317	1,961	1,035	926
75歳以上	18,438	8,198	10,240	3,919	2,193	1,726	3,317	1,333	1,984	2,036	811	1,225	1,800	908	892

死因 年齢	老衰			不慮の事故			自殺			その他		
	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数	1,874	482	1,392	767	427	340	411	279	132	6,237	3,117	3,120
0～4歳	0	0	0	2	2	0	0	0	0	41	26	15
5～9歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3
10～14歳	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0
15～19歳	0	0	0	3	3	0	12	10	2	9	5	4
20～24歳	0	0	0	6	5	1	17	14	3	5	3	2
25～29歳	0	0	0	1	1	0	23	20	3	14	11	3
30～34歳	0	0	0	4	4	0	29	24	5	12	10	2
35～39歳	0	0	0	3	3	0	22	18	4	19	11	8
40～44歳	0	0	0	5	5	0	34	24	10	26	18	8
45～49歳	0	0	0	12	8	4	29	19	10	50	42	8
50～54歳	0	0	0	16	10	6	34	22	12	73	53	20
55～59歳	0	0	0	24	15	9	37	29	8	118	83	35
60～64歳	1	0	1	44	37	7	37	23	14	200	150	50
65～69歳	3	2	1	42	27	15	32	18	14	316	228	88
70～74歳	13	9	4	53	36	17	41	25	16	454	296	158
75～79歳	37	18	19	91	54	37	21	14	7	718	446	272
80～84歳	144	55	89	160	90	70	23	12	11	1,145	630	515
85～89歳	446	147	299	162	79	83	11	4	7	1,490	682	808
90～94歳	621	146	475	99	40	59	6	1	5	1,059	319	740
95～99歳	443	68	375	37	7	30	2	1	1	409	93	316
100歳～	166	37	129	2	1	1	0	0	0	74	9	65
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65歳未満	1	0	1	121	93	28	275	204	71	572	414	158
65歳以上	1,873	482	1,391	646	334	312	136	75	61	5,665	2,703	2,962
75歳以上	1,857	471	1,386	551	271	280	63	32	31	4,895	2,179	2,716

資料 保健統計の概況 平成28年版（福島県保健福祉部）

2 平成 27 年 福島県の年齢階級別主要死因別死亡割合 (%)

部位 年齢	総数	がん	心疾患	脳血管 疾患	肺炎	老衰	不慮の 事故	自殺	その他
総数	100%	26.0%	17.0%	10.2%	8.4%	7.7%	3.2%	1.7%	25.8%
0～4歳	100%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	4.5%	0.0%	93.2%
5～9歳	100%	14.3%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	71.4%
10～14歳	100%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%
15～19歳	100%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	44.4%	33.3%
20～24歳	100%	11.4%	5.7%	0.0%	2.9%	0.0%	17.1%	48.6%	14.3%
25～29歳	100%	8.3%	6.3%	2.1%	4.2%	0.0%	2.1%	47.9%	29.2%
30～34歳	100%	20.9%	6.0%	1.5%	4.5%	0.0%	6.0%	43.3%	17.9%
35～39歳	100%	23.5%	16.5%	5.9%	2.4%	0.0%	3.5%	25.9%	22.4%
40～44歳	100%	34.9%	8.9%	9.6%	2.1%	0.0%	3.4%	23.3%	17.8%
45～49歳	100%	32.4%	16.9%	9.1%	0.0%	0.0%	5.5%	13.2%	22.8%
50～54歳	100%	39.8%	14.6%	9.5%	1.7%	0.0%	4.5%	9.5%	20.4%
55～59歳	100%	43.6%	13.6%	7.3%	2.2%	0.0%	4.5%	6.9%	22.0%
60～64歳	100%	45.5%	15.3%	6.6%	3.6%	0.1%	4.5%	3.8%	20.6%
65～69歳	100%	46.9%	14.8%	7.1%	3.8%	0.2%	2.9%	2.2%	22.1%
70～74歳	100%	40.5%	13.1%	9.1%	5.9%	0.7%	3.0%	2.3%	25.4%
75～79歳	100%	35.0%	16.2%	9.7%	6.6%	1.4%	3.4%	0.8%	26.9%
80～84歳	100%	27.6%	17.1%	11.2%	9.0%	3.4%	3.8%	0.5%	27.3%
85～89歳	100%	20.5%	19.0%	11.7%	9.8%	8.2%	3.0%	0.2%	27.6%
90～94歳	100%	13.7%	18.5%	11.6%	12.2%	15.3%	2.4%	0.1%	26.1%
95～99歳	100%	8.5%	18.8%	9.6%	11.0%	25.9%	2.2%	0.1%	23.9%
100歳～	100%	3.6%	15.6%	10.5%	8.2%	42.6%	0.5%	0.0%	19.0%
65歳未満	100%	38.8%	13.6%	7.0%	2.6%	0.04%	4.7%	10.8%	22.4%
65歳以上	100%	24.5%	17.4%	10.6%	9.1%	8.6%	3.0%	0.6%	26.2%
75歳以上	100%	21.3%	18.0%	11.0%	9.8%	10.1%	3.0%	0.3%	26.5%

資料 保健統計の概況 平成 28 年版 (福島県保健福祉部)

3 福島県の主な死因別死亡率 (人口 10 万対) の年次推移

	昭和45年 (1970)	昭和50年 (1975)	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)
がん	129.1	142.7	159.3	179.6	199.2	224.6	252.6	278.5	305.7	330.8
心疾患	98.5	98.1	120.7	12.9	152.4	125.1	141.5	175.1	197.7	215.7
脳血管疾患	259.7	230.7	199.4	159	133	155	136.4	142.3	136.9	130.1
肺炎	39.8	36.8	35	40.7	54.2	72.3	77.3	96.3	108	106.3
不慮の事故	45.9	36.6	28.7	30.2	30.8	36.4	37.1	38.2	41.3	40.3

※平成 27 年の心疾患は高血圧性のものは除く。

資料 人口動態統計

4 平成27年 都道府県がん年齢調整死亡率（全がん 75歳未満）

(1) 年次推移（全がん 男女計（人口10万対））

年次	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)
全国	92.4	90.0	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0
福島県	90.5	88.4	87.9	84.7	84.8	84.0	81.9	83.1	79.8	77.9	80.3

資料：人口動態統計（厚生労働省）基に国立がん研究センターが作成

(2) 平成27年都道府県別年齢調整死亡率（75歳未満）の状況

男女計			男性			女性		
順位	都道府県	年齢調整死亡率	順位	都道府県	年齢調整死亡率	順位	都道府県	年齢調整死亡率
	全国	78.0		全国	99.0		全国	58.8
1	長野	62.0	1	長野	75.9	1	長野	49.0
2	滋賀	69.4	2	滋賀	86.0	2	岡山	49.4
3	大分	70.5	3	福井	86.2	3	徳島	51.3
4	福井	71.1	4	大分	90.0	4	山形	52.6
5	山形	71.4	5	山形	91.2	5	香川	53.1
6	岡山	71.7	6	熊本	92.0	6	奈良	53.1
7	広島	72.0	7	静岡	92.1	7	大分	53.4
8	熊本	72.2	8	広島	92.2	8	愛媛	53.5
9	奈良	72.3	9	愛知	92.4	9	滋賀	53.6
10	京都	72.5	10	京都	93.7	10	広島	53.7
11	徳島	73.0	11	奈良	94.0	11	京都	53.8
12	静岡	73.3	12	山梨	94.0	12	新潟	54.3
13	三重	75.2	13	神奈川	94.2	13	富山	54.5
14	愛知	75.3	14	沖縄	94.9	14	熊本	54.5
15	群馬	75.4	15	群馬	95.8	15	島根	54.9
16	山梨	75.8	16	岡山	95.9	16	三重	55.0
17	新潟	75.8	17	岐阜	96.3	17	高知	55.3
18	千葉	76.3	18	徳島	96.3	18	静岡	55.6
19	岐阜	76.3	19	千葉	96.3	19	群馬	56.1
20	香川	76.6	20	栃木	96.9	20	和歌山	56.9
21	神奈川	76.8	21	三重	97.2	21	福井	57.0
22	栃木	76.9	22	東京	98.0	22	宮崎	57.3
23	富山	77.1	23	宮城	98.4	23	佐賀	57.5
24	兵庫	77.3	24	兵庫	98.5	24	宮城	57.5
25	宮城	77.3	25	新潟	98.6	25	千葉	57.5
26	沖縄	77.7	26	石川	98.7	26	栃木	57.7
27	石川	77.8	27	埼玉	99.2	27	岐阜	57.9
28	東京	77.9	28	福島	99.5	28	兵庫	58.4
29	愛媛	78.2	29	山口	99.6	29	山梨	58.6
30	宮崎	78.2	30	鹿児島	100.7	30	石川	58.7
31	埼玉	78.4	31	岩手	101.0	31	鳥取	58.7
32	佐賀	79.2	32	宮崎	101.7	32	埼玉	58.8
33	島根	79.3	33	香川	101.9	33	愛知	59.5
34	鹿児島	79.4	34	富山	101.9	34	東京	59.5
35	山口	79.6	35	長崎	103.8	35	鹿児島	59.6
36	高知	80.2	36	佐賀	103.9	36	沖縄	60.7
37	和歌山	80.3	37	茨城	105.1	37	神奈川	60.9
38	福島	80.3	38	島根	105.2	38	福島	61.6
39	岩手	81.0	39	福岡	105.7	39	茨城	61.8
40	長崎	81.4	40	愛媛	105.9	40	長崎	62.0
41	福岡	82.7	41	和歌山	106.8	41	大阪	62.0
42	茨城	83.1	42	高知	108.1	42	山口	62.4
43	大阪	84.4	43	大阪	109.5	43	福岡	62.8
44	北海道	87.7	44	北海道	111.1	44	岩手	62.9
45	鳥取	88.1	45	秋田	116.6	45	北海道	68.0
46	秋田	91.2	46	鳥取	119.6	46	秋田	68.9
47	青森	96.9	47	青森	126.5	47	青森	71.8

資料：人口動態統計（厚生労働省）基に国立がん研究センターが作成

5 がん主要部位別年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

（男性）

	平成7年 (1995)		平成12年 (2000)		平成17年 (2005)		平成22年 (2010)		平成27年 (2015)	
	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県
全がん	226.1	221.3	214.0	193.3	197.7	208.4	182.4	182.6	165.3	165.5
肺がん	47.5	45.7	46.3	45.3	44.6	42.0	42.4	41.1	39.2	38.3
胃がん	45.5	47.7	39.1	38.5	32.7	35.4	28.2	30.8	22.9	23.8
大腸がん	24.4	23.0	23.7	23.6	22.4	24.6	21.0	21.2	21.0	23.8
肝臓がん	31.6	22.2	28.2	21.9	23.7	17.1	19.0	15.6	14.5	11.8
前立腺がん	7.7	8.6	8.6	10.2	8.5	10.0	8.0	8.3	7.0	8.6

（女性）

	平成7年 (1995)		平成12年 (2000)		平成17年 (2005)		平成22年 (2010)		平成27年 (2015)	
	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県
全がん	108.3	98.0	103.5	95.1	97.3	99.1	92.2	89.2	87.7	89.9
肺がん	12.5	10.1	12.3	11.3	11.7	12.1	11.5	11.3	11.1	12.1
胃がん	18.5	17.2	15.3	17.0	12.5	12.1	10.2	10.5	8.3	9.0
大腸がん	14.1	13.8	13.6	12.2	13.2	12.5	12.1	11.8	12.1	12.2
肝臓がん	9.1	8.1	8.8	7.9	7.7	5.9	6.4	4.3	4.6	4.0
乳がん	9.9	7.3	10.7	9.0	11.4	11.5	11.9	11.0	12.0	11.7
子宮がん	5.4	4.4	5.3	3.8	5.1	4.6	5.3	5.1	5.6	5.1

資料：人口動態統計 特殊統計 都道府県年齢調整死亡率

6 平成27年 福島県の性・年齢（5歳階級）・がん主要部位別死亡数

年齢	部位	全がん			肺			胃			大腸			肝臓		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
総数		6,302	3,736	2,566	1,258	889	369	814	541	273	931	519	412	410	259	151
0～4歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5～9歳		1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10～14歳		2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15～19歳		3	-	3	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
20～24歳		4	3	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
25～29歳		4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30～34歳		14	4	10	1	-	1	5	3	2	-	-	-	-	-	-
35～39歳		20	5	15	2	1	1	3	1	2	2	-	2	1	1	-
40～44歳		51	29	22	5	5	-	2	1	1	8	4	4	1	-	1
45～49歳		71	30	41	6	3	3	8	4	4	14	7	7	3	3	-
50～54歳		142	78	64	19	15	4	11	9	2	21	15	6	9	8	1
55～59歳		234	136	98	36	24	12	26	14	12	31	24	7	12	11	1
60～64歳		443	295	148	90	67	23	51	37	14	68	49	19	21	20	1
65～69歳		670	470	200	141	109	32	94	73	21	92	68	24	53	43	10
70～74歳		724	491	233	175	125	50	93	76	17	112	76	36	49	29	20
75～79歳		936	589	347	211	159	52	137	95	42	124	68	56	66	40	26
80～84歳		1,160	711	449	246	176	70	158	106	52	153	90	63	85	58	27
85～89歳		1,108	609	499	207	146	61	140	89	51	163	73	90	79	38	41
90～94歳		556	229	327	92	50	42	64	26	38	116	39	77	22	6	16
95～99歳		145	54	91	26	9	17	17	5	12	23	6	17	9	2	7
100歳～		14	1	13	1	-	1	3	1	2	4	-	4	-	-	-
75歳未満		2,383	1,543	840	475	349	126	295	219	76	348	243	105	149	115	34
65歳以上		5,313	3,154	2,159	1,099	774	325	706	471	235	787	420	367	363	216	147
75歳以上		3,919	2,193	1,726	783	540	243	519	322	197	583	276	307	261	144	117

年齢	部位	膵臓			胆道			食道			乳房			子宮		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
総数		562	298	264	376	190	186	180	149	31	193	1	192	91		91
0～4歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
5～9歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
10～14歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
15～19歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
20～24歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
25～29歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-		-
30～34歳		-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	1		1
35～39歳		-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1		1
40～44歳		2	2	-	2	1	1	1	1	-	9	-	9	1		1
45～49歳		5	4	1	1	1	-	-	-	-	11	-	11	5		5
50～54歳		13	9	4	3	3	-	6	4	2	19	-	19	11		11
55～59歳		25	17	8	8	6	2	8	8	-	22	-	22	6		6
60～64歳		48	29	19	15	8	7	27	27	-	21	-	21	9		9
65～69歳		72	51	21	20	14	6	26	21	5	27	-	27	9		9
70～74歳		69	45	24	31	16	15	26	23	3	19	-	19	9		9
75～79歳		91	50	41	55	34	21	27	21	6	10	-	10	12		12
80～84歳		104	45	59	80	43	37	29	23	6	20	-	20	16		16
85～89歳		82	31	51	97	39	58	21	16	5	16	-	16	5		5
90～94歳		40	13	27	50	20	30	8	4	4	12	1	11	2		2
95～99歳		11	2	9	12	4	8	1	1	-	2	-	2	4		4
100歳～		-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-		-
75歳未満		234	157	77	81	50	31	94	84	10	132	-	132	52		52
65歳以上		469	237	232	346	170	176	138	109	29	107	1	106	57		57
75歳以上		328	141	187	295	140	155	86	65	21	61	1	60	39		39

年齢	部位	前立腺			白血病			その他		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
総数		253	253		118	67	51	434	230	204
00～04歳		-	-		-	-	-	-	-	-
05～09歳		-	-		1	1	-	-	-	-
10～14歳		-	-		1	1	-	-	-	-
15～19歳		-	-		1	-	1	1	-	1
20～24歳		-	-		2	1	1	-	-	-
25～29歳		-	-		-	-	-	1	-	1
30～34歳		-	-		1	-	1	2	-	2
35～39歳		-	-		2	1	1	2	1	1
40～44歳		-	-		3	3	-	9	7	2
45～49歳		-	-		2	1	1	5	3	2
50～54歳		1	1		6	4	2	8	2	6
55～59歳		-	-		5	4	1	23	16	7
60～64歳		5	5		9	5	4	28	17	11
65～69歳		15	15		10	5	5	40	26	14
70～74歳		23	23		13	10	3	42	25	17
75～79歳		35	35		21	11	10	60	33	27
80～84歳		58	58		24	11	13	76	44	32
85～89歳		70	70		13	7	6	80	37	43
90～94歳		32	32		4	2	2	46	15	31
95～99歳		14	14		-	-	-	10	4	6
100歳～		-	-		-	-	-	1	-	1
75歳未満		44	44		56	36	20	161	97	64
65歳以上		247	247		85	46	39	355	184	171
75歳以上		209	209		62	31	31	273	133	140

資料：保健統計の概況 平成28年版（福島県保健福祉部）

7 平成27年 福島県のがん部位別死亡割合 (%)

	肺	胃	大腸	肝臓	膵臓	胆道	食道	乳房	子宮	前立腺	白血病	その他
総数	20.0%	12.9%	14.8%	6.5%	8.9%	6.0%	2.9%	3.1%	1.4%	4.0%	1.9%	17.7%
男性	23.8%	14.5%	13.9%	6.9%	8.0%	5.1%	4.0%	0.0%		6.8%	1.8%	15.3%
女性	14.4%	10.6%	16.1%	5.9%	10.3%	7.2%	1.2%	7.5%	3.5%		2.0%	21.3%

資料：保健統計の概況 平成28年版（福島県保健福祉部）から算出

8 福島県の人口及び高齢化率 (%) の推移

		平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	
福島 県 人 口	総数(A)	2,133,592	2,126,935	2,091,319	2,029,064	1,914,039	
	65歳以上(B)	371,572	431,797	474,860	504,451	542,384	
	75歳以上(C)	141,844	180,564	232,842	272,653	283,999	
高 齢 者 の 割 合	福 島 県	65歳以上(B/A) (%)	17.4	20.3	22.7	25.0	28.7
		75歳以上(C/A) (%)	6.6	8.5	11.1	13.5	15.0
	全 国	65歳以上 (%)	14.5	17.3	20.1	23.0	26.6
		75歳以上 (%)	5.7	7.1	9.1	11.0	12.8

資料 国勢調査(総務省)

9 生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究

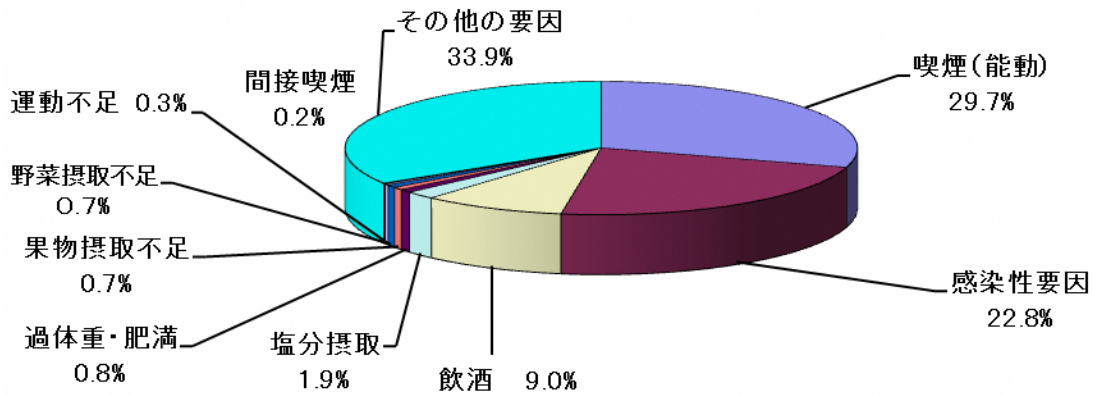
(1) 5つの健康習慣とがんのリスク

	健康習慣	具体例
1	非喫煙(過去喫煙は含みません)	
2	節酒(エタノール換算で150g/週 未満)	たとえば、日本酒1合はエタノールに換算して23gです。これを毎日飲む場合、エタノール換算で161g/週になります。
3	塩蔵品を控える(0.67g/日 未満)	たとえば、たらこ1/4腹(20g)を月に1回食べると、約0.67g/日になります。
4	活発な身体活動(男:37.5メッツ・時/日以上、女:31.9メッツ・時/日以上)	たとえば、活発な身体活動をする会社員(1日に筋肉労働や激しいスポーツ:1時間以上、座っている:8時間以上、歩いたり立っている:1時間未満)の活動量はちょうど37.5メッツ・時/日になります。また、典型的な主婦の活動(筋肉労働や激しいスポーツ:なし、座っている:3時間以下、歩いたり立っている:3~8時間)は、31.4メッツ・時/日になります。
5	適正BMI (男:21-27、女19-25)	肥満指数(BMI)は体重(kg)/身長(m)の二乗で計算します。

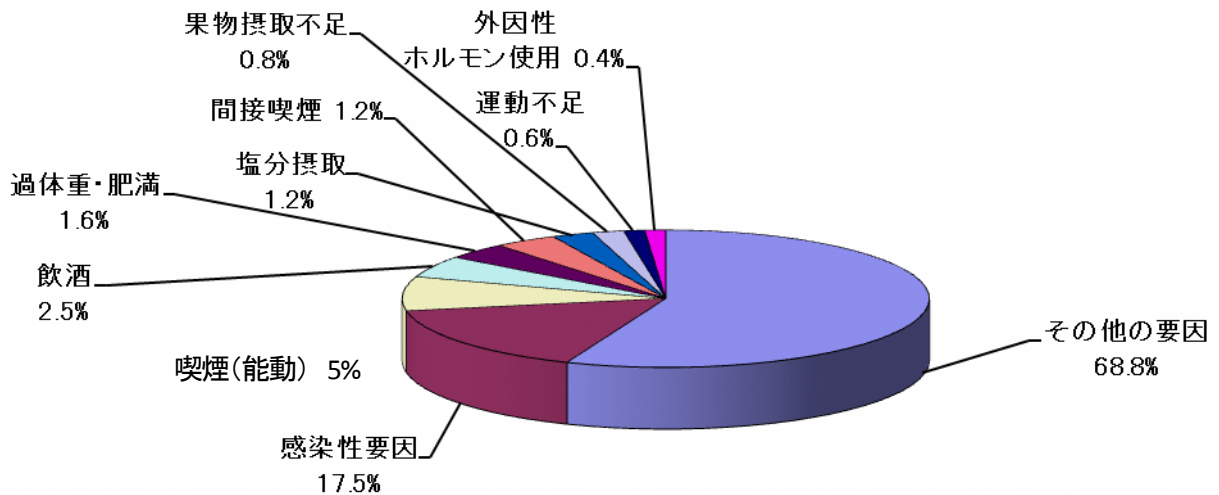
※ がんとの関連が重要視されている喫煙、飲酒、食事、身体活動、肥満度の5つの要因の組み合わせによってその後のがん全体の発生にどの程度の違いが見られるか検討した結果、平均すると1個健康習慣を実践するごとに、がんのリスクは男性で14%、女性で9%低下する計算になります。

資料:多目的コホート研究(国立がん研究センター がん予防・検診研究センター)

(2) がん発生の要因別PAF(人口寄与割合)男性



(3) がん発生の要因別PAF(人口寄与割合)女性



※この研究におけるPAF (population attribute fraction 人口寄与割合) とは、特定のリスク要因への曝露がもし仮に無かった (またはそれに準じる状態であったとすると、疾病の発生 (または疾病による死亡) が何パーセント減少することになったかを表す数値です。

資料：健康日本21 (第2次) 調べ

厚生労働科学研究費補助金・第3次対がん総合戦略研究事業
「生活習慣改善による予防法の開発に関する研究」

(4) 日本人における生活習慣による生活要因と主要がんの関連評価

がんのリスク・予防要因 評価一覧 (ver. 20170801) http://epi.ncc.go.jp/files/02_can_prev/matrix_170801JP.pdf

	全部位	肺	肝	胃	大腸			乳房	食道	膵	前立腺	子宮頸部	子宮体部 (内臓)	卵巣	頭頸部	膀胱	血液	
					結腸	直腸												
喫煙	確実↑	確実↑	確実↑	確実↑	可能性あり↑	データ不十分	可能性あり↑	可能性あり↑	確実↑	確実↑	データ不十分	確実↑	データ不十分	データ不十分	確実↑	確実↑	(急性骨髄性白血病) ほぼ確実↑	
受動喫煙	データ不十分	確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
飲酒	確実↑	データ不十分	確実↑	データ不十分	確実↑	確実↑	確実↑	データ不十分	確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分		データ不十分		
肥満	可能性あり↑ (BMI 男18.5未満、女30以上)	データ不十分	ほぼ確実↑	データ不十分	ほぼ確実↑	ほぼ確実↑	データ不十分	可能性あり↑ (閉経前) 可能性あり↑ (BMI 30以上) (閉経後) 確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分				
運動	データ不十分	データ不十分			ほぼ確実↓	ほぼ確実↓	データ不十分	可能性あり↓			データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				
感染症		(肺結核) 可能性あり↑	(HBV/HCV) 確実↑	(H.ピロリ菌) 確実↑								(HPV16,18) 確実↑	(HPV33,52,58 クワミニア) データ不十分					
糖尿病と関連 マーカー	可能性あり↑	データ不十分	(糖化HbA1c) ほぼ確実↑	データ不十分	可能性あり↑		データ不十分	データ不十分	ほぼ確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分				
メタボ関連 要因	データ不十分	データ不十分	データ不十分							データ不十分								
社会心理学的 要因	データ不十分	データ不十分		データ不十分			データ不十分	データ不十分	データ不十分									
IARC Group 1		(喫煙性アスベスト) ほぼ確実↑	(砒素) データ不十分	(EBV) データ不十分			(ホルモン補充療法) データ不十分											
その他			(塩素) データ不十分		(高身長) データ不十分		(授乳) 可能性あり↓					(授乳/薬療法) データ不十分	(授乳/ 薬療法) データ不十分	(授乳/ 薬療法) データ不十分				
	全部位	肺	肝	胃	大腸			乳房	食道	膵	前立腺	子宮頸部	子宮体部 (内臓)	卵巣	頭頸部	膀胱	血液	
食品	野菜	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	データ不十分	ほぼ確実↓	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				
	果物	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	データ不十分	ほぼ確実↓	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				
	大豆		データ不十分	データ不十分				データ不十分	データ不十分		可能性あり↓							
	肉	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
	魚	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
	穀類		データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分
	食塩・塩漬食品				ほぼ確実↑													
	牛乳・乳製品	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分
食/タン				データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				
飲料	緑茶	データ不十分		データ不十分	(男)データ不十分 (女)可能性あり↓			データ不十分			データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分				
	コーヒー			ほぼ確実↓		データ不十分						データ不十分	可能性あり↓	データ不十分				
熱い飲食物								ほぼ確実↑										
栄養素 ※注)	食物繊維					可能性あり↓												
	カルシウム					可能性あり↓				データ不十分								
	ビタミンD					データ不十分												
	葉酸		データ不十分			データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
	イソフラボン	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	データ不十分	可能性あり↓	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
	ビタミン	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
	カロチノイド	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
脂質		データ不十分		データ不十分	(魚由来の不飽和脂肪酸) 可能性あり↓		データ不十分			データ不十分								

※注) 食事からの摂取。血中レベルの研究に基づく。(サプリメント摂取については研究は含まない)

- ※ 文献収集：MEDLINE、医中誌に収録されている文献から、がん全体及び部位別のがん（肺、胃、大腸、肝臓、乳房、前立腺、食道、子宮、卵巣）について評価の対象となるような研究方法（コホート研究⁶⁶、または症例対照研究⁶⁷）で実施された論文を拾い出します。それぞれについて、科学的根拠としての信頼性の強さと、要因とがんの関連の強さを評価したものです。
- ※ 確 実：疫学研究の結果が一致していて、逆の結果はほとんどない。相当数の研究がある。なぜそうなるのか生物学的な説明が可能。
- ※ ほぼ確実：疫学研究の結果がかなり一致しているが、その方法に欠点（研究期間が短い、研究数、対象者数が少ない、追跡が不完全等）や、逆の結果も複数あるため決定的ではない。
- ※ 可能性有り：研究は症例対照または横断研究に限られる。観察型の研究の数が十分でない。疫学研究以外の、臨床研究や実験結果などからは支持される。確認のために、もっと多くの疫学研究が実施され、その理由が生物学的に説明される必要がある。
- ※ 不十分：2、3 の不確実な研究があるにとどまる。確認のために、もっと信頼性の高い方法で研究が実施される必要がある。

資料：厚生労働科学研究費補助金・第3次対がん総合戦略研究事業
（国立がん研究センター 社会と研究センター 予防研究グループ）

10 喫煙率の推移

		H13年 (2001)	H16年 (2004)	H19年 (2007)	H22年 (2010)	H25年 (2013)	H28年 (2017)
男女計	全国	30.5%	28.5%	25.6%	21.2%	21.6%	19.8%
	福島県	30.0%	29.5%	26.9%	23.0%	25.1%	22.4%
男性	全国	48.4%	44.9%	39.7%	33.1%	33.7%	31.1%
	福島県	49.4%	47.5%	42.8%	36.2%	38.9%	34.4%
女性	全国	14.0%	13.5%	12.7%	10.4%	10.7%	9.5%
	福島県	12.6%	12.8%	12.2%	10.5%	12.1%	10.7%

資料 国民生活基礎調査（厚生労働省）

11 福島県の市町村が実施したがん検診（種別毎）受診率（％）の推移

	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
胃がん検診	20.8	21.7	21.5	21.3	21.6
肺がん検診	29.3	30.3	31.1	31.5	32.3
子宮頸がん検診	24.4	26.7	26.2	26.0	25.9
乳がん検診	25.5	24.8	24.4	25.0	25.6
大腸がん検診	23.2	25.1	26.0	26.2	27.7

※40歳以上（子宮頸がんは20歳以上）を対象とした受診率である。

資料：福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

12 平成28年がん検診受診率（全国：％） 参考値

	胃がん 検診	肺がん 検診	子宮がん検診		乳がん検診		大腸がん 検診
			過去1年間	過去2年間	過去1年間	過去2年間	
全国	30.1	23.0	24.3	32.0	24.3	31.4	24.8
福島県	39.6	28.3	26.9	35.5	25.8	34.0	29.1

※熊本県での調査は実施されていない。

資料：平成28年国民生活基礎調査

66 「コホート研究」とは、対象の地域や年齢など、一定の条件を満たす集団（コホート）について生活習慣や環境など様々な要因に関わる調査を長期間にわたって実施・追跡し、対象者の健康状態との関係を統計学的に分析する研究。

67 「症例対照研究」とは、ある病気になった患者グループと病気ではない性別や年齢等をできるだけそろえた対象グループとの間で、過去の生活習慣や環境など要因に関わる調査を実施し、発症リスクを統計学的に分析する研究。

13 福島県の要精密検査者の精密検査受診率（％）の推移

	平成 23 年度 (2011)	平成 24 年度 (2012)	平成 25 年度 (2013)	平成 26 年度 (2014)	平成 27 年度 (2015)
胃がん検診	84.6	84.6	83.9	85.2	84.8
肺がん検診	85.4	85.8	87.1	93.3	83.4
子宮頸がん検診	89.6	89.7	91.7	90.6	88.6
乳がん検診	86.4	88.0	87.5	85.1	87.6
大腸がん検診	73.7	74.5	74.8	73.8	75.3

※40 歳以上（子宮頸がんは 20 歳以上）を対象とした受診率である。

資料：福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

14 平成 27 年度地域別がん検診受診率（市町村実施分）

	福島県	県北	県中 (郡山市含む)	県南	会津	南会津	相双	いわき
胃がん	21.6	28.8	22.9	23.9	17.0	11.5	20.8	13.7
肺がん	32.3	38.9	32.2	37.6	24.3	40.6	38.0	22.8
大腸がん	27.7	34.3	28.5	31.1	26.3	21.3	27.9	16.9
乳がん	25.6	28.2	25.8	28.9	27.3	31.7	31.5	14.7
子宮頸がん	25.9	27.7	25.4	30.9	31.1	30.1	33.5	13.1

※40 歳以上（子宮頸がんは 20 歳以上）を対象とした受診率である。

資料：平成 28 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

15 平成 27 年度がん検診受診率（年代別、5 歳刻み）

男性		胃がん 検診	肺がん 検診	子宮頸がん 検診	乳がん 検診	大腸がん 検診
	40～44	18.0%	22.0%	/	/	23.6%
45～49	17.1%	21.7%	22.8%			
50～54	19.0%	24.8%	24.8%			
55～59	19.0%	24.2%	23.6%			
60～64	23.5%	31.2%	28.9%			
65～69	39.4%	54.6%	45.4%			
70～74	28.5%	40.9%	33.2%			
75～79	22.0%	33.9%	27.3%			
80～	14.0%	25.0%	19.2%			

女性		胃がん 検診	肺がん 検診	子宮頸がん 検診	乳がん 検診	大腸がん 検診
	20～24	/	/	/	25.7%	/
25～29	36.5%					
30～34	49.8%					
35～39	49.7%					
40～44	20.9%	25.2%	65.6%	77.4%	28.8%	
45～49	21.5%	26.3%	49.7%	57.5%	28.4%	
50～54	22.5%	28.2%	51.5%	60.9%	30.0%	
55～59	21.2%	28.5%	33.0%	37.9%	27.7%	
60～64	27.6%	39.8%	36.2%	39.7%	36.0%	
65～69	36.9%	55.4%	29.6%	31.2%	45.9%	
70～74	24.7%	38.6%	20.3%	21.8%	31.4%	
75～79	18.2%	30.8%	9.0%	9.5%	25.1%	
80～	7.8%	15.9%	2.4%	2.7%	11.5%	

資料：平成 28 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

18 福島県内の主な患者会、患者支援団体

がんの種類	患者会の名称
がん全般	がんを考える「ひいらぎの会」
乳がん	あけぼの福島 患者会ピンクのリボン 虹色リボンの会
子宮がん	しゃくなげ会
咽頭がん・喉頭がん	福島声友会
喉頭摘出者	福島県喉頭摘出者福祉団体「福声会」
血液疾患	雪うさぎ10西の会
骨軟部肉腫	さくらの会
小児がん	公益財団法人がんの子どもを守る会福島支部 (光の子を守る会)
支援団体	特定非営利活動法人福島緩和ケア支援ネットワーク 生と死を考える福島の会 特定非営利活動法人がんピアネットふくしま 認定特定非営利活動法人パンダハウスを育てる会 タオル帽子会あいづ 公益社団法人日本オストミー協会福島県支部

平成 29 年 9 月現在

(福島県立医科大学附属病院臨床腫瘍センターホームページ記載内容を一部改変)

19 病気の子どもや入院している子どもの教育に関する相談機関

相談機関	
市町村教育委員会	学校のある市町村の教育委員会
教育事務所	県北教育事務所 県中教育事務所 県南教育事務所 会津教育事務所 南会津教育事務所 相双教育事務所 いわき教育事務所
特別支援学校（病弱）	県立須賀川支援学校 県立須賀川支援学校 医大校 県立須賀川支援学校 郡山校 県立会津支援学校 竹田校
福島県特別支援教育センター	

平成 29 年 12 月現在

福島県がん対策推進計画（第三期）

平成 30 年 3 月発行

福島県保健福祉部

健康衛生総室健康増進課（総合窓口）

住 所 〒960-8670 福島県福島市杉妻町 2 番 16 号

電 話 024-521-7640 F A X 024-521-2191

E-mail kenkou@pref.fukushima.lg.jp
